

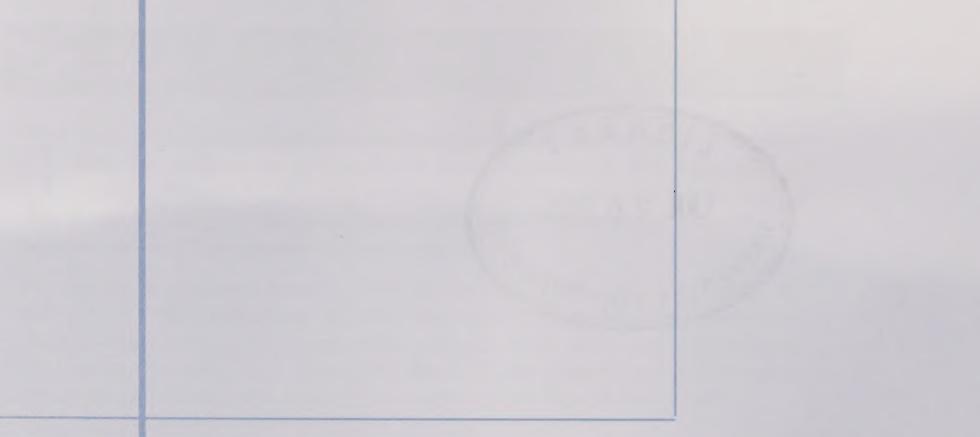
CA 1
HW
-N17
c.1
GOVPUB

The National Strategy:

Moving Forward
The 2004 Progress Report on
Tobacco Control

3 1761 11554920 6

2004

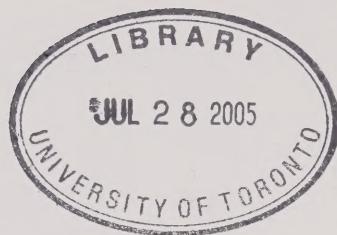


The National Strategy:

Moving Forward

The 2004 Progress Report
on Tobacco Control

2004



Our mission is to help the people of Canada
maintain and improve their health.

Health Canada

Prepared by the Canadian tobacco control community:

The Tobacco Control Liaison Committee of the
Federal Provincial Territorial Advisory Committee on Population Health
and Health Security,
in collaboration with non-governmental organizations.

Published by authority of the
Minister of Health

Également disponible en français sous le titre
*La stratégie nationale : Aller vers l'avant, rapport d'étape 2004 sur la lutte
contre le tabagisme*

This publication can be made available upon request on computer diskette,
in large print, on audio cassette, or in braille.

© Her Majesty the Queen in Right of Canada, 2005

Cat. H46-2/04-385

ISBN 0-662-68641-1

Synopsis

Tobacco control in Canada is holding fast. Reported overall prevalence rates for tobacco use in Canada in 2003 remained at 21% (the level reported for 2002). That the rate has not faltered is in itself encouraging; yet closer scrutiny reveals positive change has taken place in tobacco use on several levels. This document bears good news.

According to the latest results from the *Canadian Tobacco Use Monitoring Survey* (CTUMS), from data collected between February and December 2003, over five million people, representing roughly 21% of the population aged 15 years and older, were current smokers. Of the general population aged 15 years and older, 17% reported smoking daily. This is statistically unchanged from the rates indicated in 2002.

But for the first time in ten years, smoking among youth dropped to a level lower than that of the general population. The decline in smoking among youth 15-19 years old continued in 2003 to 18%, with 12% reporting daily smoking and 7% occasional smoking. This is a decrease from 22% in 2002 and is a ten percentage point improvement from 28% in 1999, when CTUMS was first conducted.

Moreover, greater numbers of Canadians believe smoking should not be allowed in restaurants and bars. In 2003, half (50%) of Canadians who expressed their opinion felt that smoking should not be allowed anywhere in restaurants. This is up from 44% in 2002. Although those in favour of smoke-free bars and taverns still constitute a minority, their ranks also grew from 28% in 2002 to 34% in 2003.

So there is ample reason to celebrate, and at the same time little reason to relax. Tobacco control in Canada is not a simple proposition—but it is a workable one. The potential for success in tobacco control is being fulfilled, and Canada's *National Strategy* is designed to ensure that this success continues.



Digitized by the Internet Archive
in 2022 with funding from
University of Toronto

<https://archive.org/details/31761115549206>

Contents

Synopsis	v
Summary	1
Tracking Key Indicators	3
Smoking Prevalence in Canada	3
Tobacco Consumption in Canada	6
Tobacco Use, Health Determinants and Health Disparities	7
A Policy Comparison: Price Elasticity, Second-hand Smoke and Cessation Programming	8
Progress in Strategic Directions	11
Policy and Legislation	11
Cessation, Mass Media and Public Education	13
First Nations, Inuit and Métis	14
Industry Accountability and Product Control	16
Research, Evaluation and Monitoring	17
Building and Supporting Capacity for Action	18
Conclusion	21

Summary

This, the 2004 Progress Report on Tobacco Control, *Moving Forward*, is the fourth report on developments connected to a framework for action against tobacco use which was endorsed and implemented in 1999 by Canada's federal, provincial and territorial Ministers of Health. *New Directions for Tobacco Control in Canada: A National Strategy* emphasizes sustained, comprehensive, integrated and collaborative approaches to reducing tobacco use, and is based upon shared responsibility among all levels of government—federal, provincial, territorial and local—and with non-governmental organizations (NGOs). This Report outlines tobacco control activities undertaken from May, 2003 to May, 2004 in the context of the National Strategy.

The Strategy incorporates four interconnected goals: prevention—keeping youth from starting to smoke; cessation—helping smokers to quit; protection—ensuring smoke-free environments; and denormalization—educating Canadians about the marketing strategies and tactics of the tobacco industry, and the effects the industry's products have upon the health of Canadians. These goals inform the National Strategy's five strategic directions: policy and legislation; public education; tobacco industry accountability and product control; research, evaluation and monitoring; and building and supporting capacity for action.

The 2004 Report constitutes a concise version, as prescribed within the context of the National Strategy's agenda for an annual report on developments—alternating between detailed reporting one year and high level coverage the next. Key indicators—smoking prevalence, tobacco consumption—are derived from 2003 findings in the *Canadian Tobacco Use Monitoring Survey* (CTUMS), which was conducted by Statistics Canada on behalf of Health Canada.

This abbreviated Report offers an overview of progress by outlining a single activity or initiative per federal / provincial / territorial or local government or NGO within areas of endeavour connected to the five strategic directions, as well as management of tobacco use within First Nations, Inuit and Métis communities.

Also this year the Report features a policy comparison examining the impact of price elasticity on consumption and smoking prevalence; as well as a review of health disparities related to gender (i.e., gender differences in tobacco use and sex-specific differences in the health effects of tobacco and exposure).

The requirement to include only a single item per National Strategy stakeholder in this short form report implies that a significant amount of information will be more fully presented in next year's detailed Report. Nevertheless, the 2004 Report aims, by featuring examples of activities connected to a variety of players in the Strategy: to illustrate the range of initiatives required for effective tobacco control; to show the diversity of programmes being carried out within the context of these initiatives; and to underscore the effectiveness that commonality and complementarity, inherent in a national, multi-party strategy, bring to tobacco control.

Finally this Report aims to illustrate the requirement for a sustained response to tobacco use, which has persistently rebounded whenever tobacco control efforts slacken. We invite Canadians to look closely at the dynamics of tobacco control in Canada, and to consider the tremendous potential for reducing death and disease caused by tobacco that is being realized—and has yet to be realized—under the auspices of *New Directions for Tobacco Control in Canada: A National Strategy*.

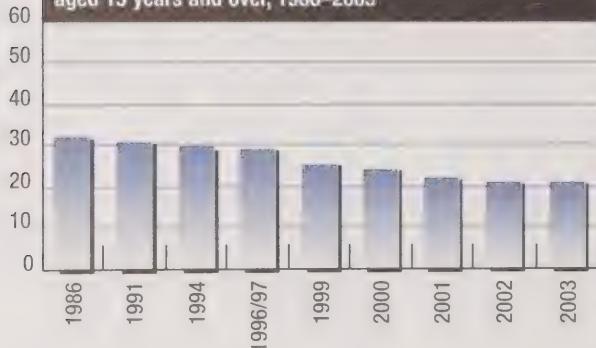
Tracking Key Indicators

Effective tobacco control requires partners to work together towards common goals. It requires integration, coordination and complementarity of a diverse array of strategies. The federal / provincial / territorial governments and tobacco control NGOs play a critical leadership role in achieving national action. This array of strategies, including research, policy and programme components, developed and coordinated at the local, provincial / territorial, national and international levels, is needed to successfully reduce tobacco consumption. When each jurisdiction and organization with an interest in tobacco control is integrated within an overall action plan, then Canada can be seen to be implementing an effective, comprehensive strategy.

Smoking prevalence in Canada

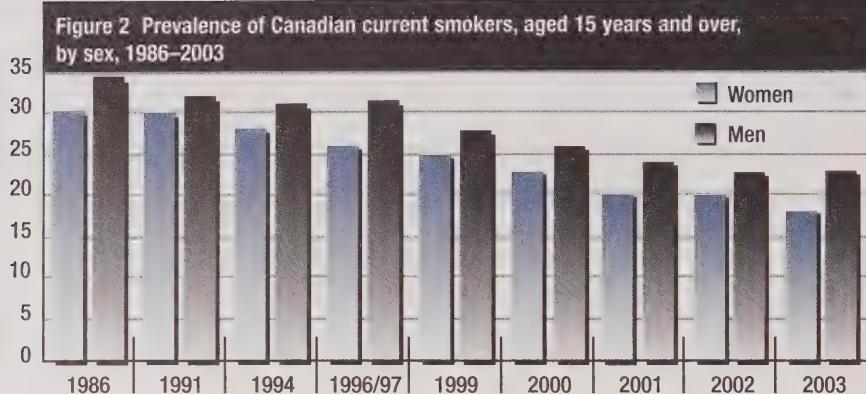
According to the latest results from the *Canadian Tobacco Use Monitoring Survey* (CTUMS), for data collected between February and December 2003, over 5 million people, representing roughly 21% of the population aged 15 years and older, were current smokers. Of the general population aged 15 years and older, 17% reported smoking daily.

Figure 1: Prevalence of Canadian current smokers, aged 15 years and over, 1986–2003



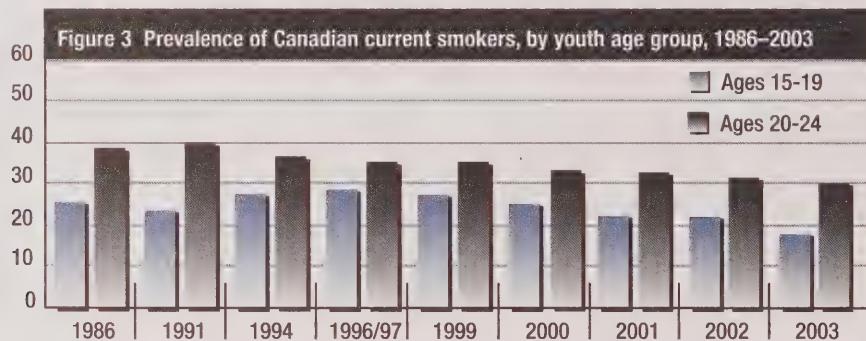
Sources: 1986, Labour Force Survey Supplement; 1991, General Social Survey; 1994, Survey on Smoking in Canada; 1996/97, National Population Health Survey; 1999–2003, Canadian Tobacco Use Monitoring Survey (Annual).

Approximately 23% of men were current smokers, higher than the proportion of women (18%).



Sources: 1986, Labour Force Survey Supplement; 1991, General Social Survey; 1994, Survey on Smoking in Canada; 1996/97, National Population Health Survey; 1999–2003, Canadian Tobacco Use Monitoring Survey (Annual).

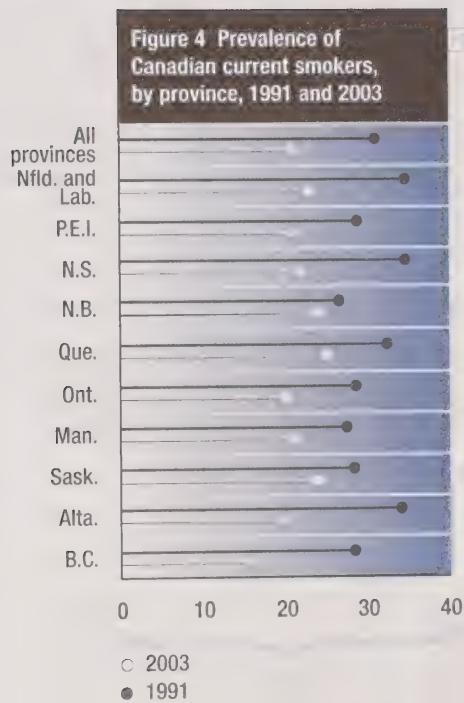
The decline in smoking among youth aged 15–19 years continued in 2003 to 18%, with 12% reporting daily smoking and 7% occasional smoking. This is a decrease from 22% in 2002 and is a ten percentage point improvement from 28% in 1999, when CTUMS was first conducted. Slightly more teen girls reported smoking than boys (20% vs. 17%). However, among daily smokers, boys smoke slightly more cigarettes per day (13.0) than girls (11.7).



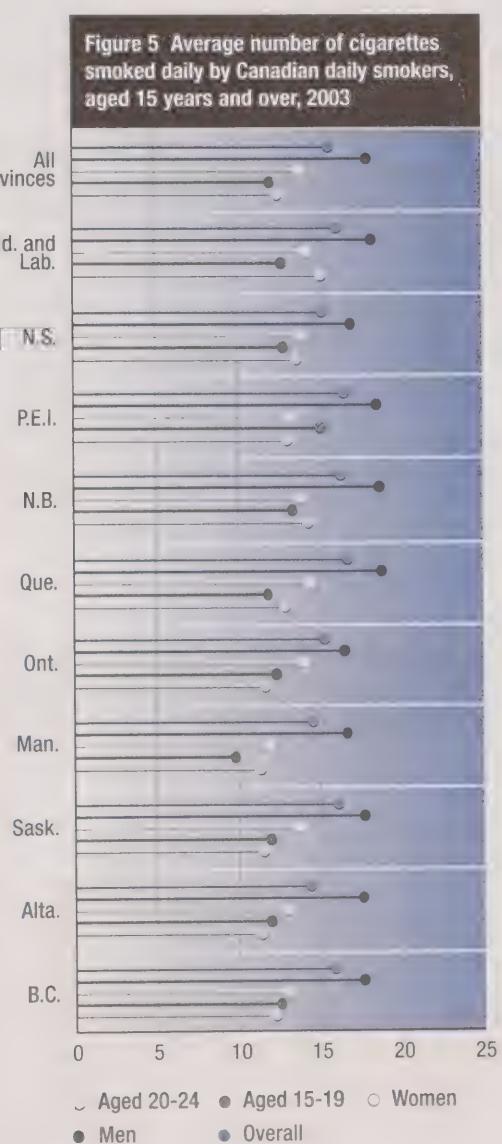
Sources: 1986, Labour Force Survey Supplement; 1991, General Social Survey; 1994, Survey on Smoking in Canada; 1996/97, National Population Health Survey; 1999–2003, Canadian Tobacco Use Monitoring Survey (Annual).

The prevalence of smoking among young adults aged 20–24 years was reported at 30% for 2003 (21% daily, 9% occasionally), also slightly decreased from the 2002 rate (31%). There is a slight difference in the daily smoking rates between males (23%) and females (19%) aged 20–24 years. Overall, young adults continue to report the highest rate of smoking.

All provinces have witnessed a drop in their smoking rates compared to 1999. In 2003, British Columbia continued to report the lowest rate of current smokers (16%) and Québec had the highest (25%). Québec reported the highest average number of cigarettes consumed per day by daily smokers (16.8), while Alberta reported the lowest average (14.6).



Sources: 1991, General Social Survey;
2003, Canadian Tobacco Use Monitoring
Survey (Annual).

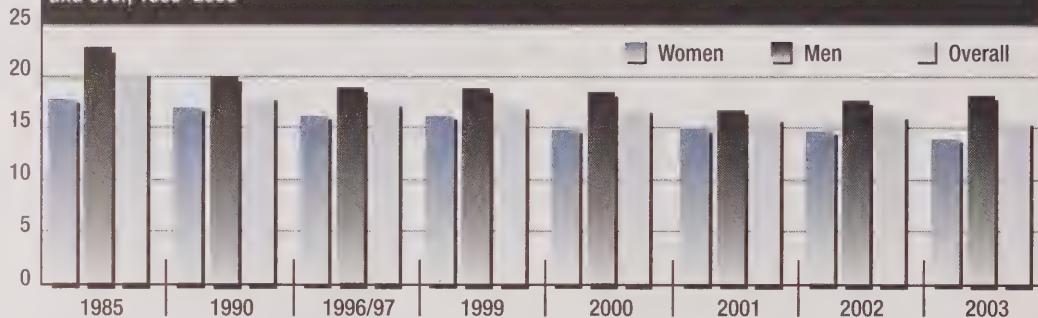


Source: 2003, Canadian Tobacco Use Monitoring
Survey (Annual).

Tobacco Consumption in Canada

Not only are fewer Canadians smoking, but they are also smoking fewer cigarettes on a daily basis. In 1985, daily smokers consumed an average of 20.6 cigarettes per day. Since then, the number of cigarettes smoked has been gradually declining to the current level of 15.9 cigarettes per day reported for 2003. Men continued to smoke more cigarettes than women: 17.3 cigarettes per day for males as compared to 14.0 for females. The majority of Canadian smokers (58%) reported consuming some type of 'light' or 'mild' cigarette, compared to 42% who smoke a 'regular' type of cigarette.

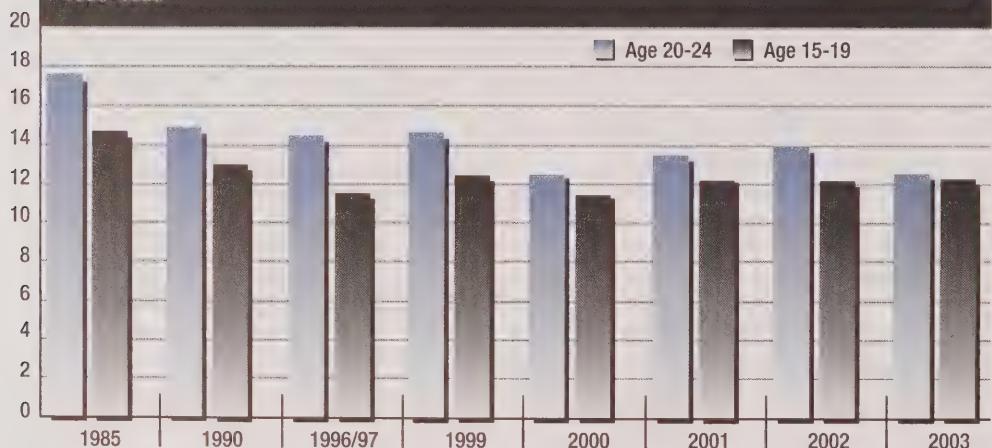
Figure 6 Average number of cigarettes smoked daily by Canadian daily smokers, aged 15 years and over, 1985–2003^a



Sources: 1985 & 1990, Health Promotion Survey; 1996/97, National Population Health Survey; 1999–2003, Canadian Tobacco Use Monitoring Survey (Annual).

^a Provincial data only

Figure 7 Average number of cigarettes smoked daily by Canadian youth (daily smokers), 1985–2003^a



Sources: 1985 & 1990, Health Promotion Survey; 1996/97, National Population Health Survey; 1999–2003, Canadian Tobacco Use Monitoring Survey (Annual).

^a Provincial data only

Tobacco Use, Health Determinants & Health Disparities

The determinants of health approach provides a useful framework for examining tobacco use. Determinants of health (factors that interact in complex ways to impact on people's health) include: income and social status; gender; culture; education; and biological and genetic traits. In consideration of continuing disparities in health trends in Canada between males and females, tobacco control experts are investigating gender (the culturally specific set of characteristics that identifies the social behaviour of men and women and the relationship between them) and sex (the biological differences between men and women) factors in tobacco use.

Trends in Smoking Prevalence

Historically, the rate of smoking has been higher among men than it has been among women. Over the last few decades, however, the decline in smoking prevalence has been more pronounced among men. From 1965 to 2003, the rate for men has dropped from 61% to 23%, as compared with 38% to 18% for women during the same period.

The difference in the rate of decline is likely the result of two phenomena: (1) men generally adopted cigarette smoking before women did, and in turn quit smoking earlier relative to women; and (2) a potential peak in female smokers was likely suppressed during the era when more intense tobacco control activities were implemented (e.g. the decline in female smokers was less because the rise in female smokers was less).

Health Consequences of Smoking

While tobacco use has similar health consequences for men and women (i.e., lung and other cancers, cardiovascular disease, stroke, chronic bronchitis and emphysema), some of its effects are sex specific. Men who smoke are at risk for erectile dysfunction and reduced fertility, while women are at risk for increased cardiovascular disease while using oral contraceptives, reduced fertility, cervical cancer, early menopause and bone fractures. Moreover, smoking during pregnancy can result in premature birth, malformation of the fetus, low birth-weight and stillbirth.

Smoking-related Deaths

The number of smoking-related deaths in Canada increased between 1989 and 1998; this increase was steeper among women. During this time period smoking-related deaths rose from 38,357 to 47,581—representing an increase of 9,224—with females accounting for 6,531 of the increase.

This sex difference in smoking-related deaths reflects the smoking behaviour of the population two to three decades earlier. The effect of the drop in tobacco consumption among men, beginning in the mid-1960s, is reflected by a levelling off in the mid-1980s and then a continuous decline in male lung cancer rates. (Lung cancer was the leading cause of smoking-related deaths between 1989 and 1998; cardiovascular disease is now the major cause of smoking related death.) In contrast, women's smoking rates peaked in the late 1970s and declined slightly over the past three decades. Female lung cancer mortality rates more than quadrupled between 1969 and 1998, and can be expected to rise for the next few years before decreasing.

The significant decline in the rate of smoking over the past 40 years will soon be reflected in the rate of smoking-related deaths. While the male smoking-related death rate has already peaked (1988-1989), the rate for females will probably continue to rise, but much more slowly. In addition, it is expected that the rate for lung cancers in females will peak at a level lower than that for males. One of the more likely factors behind this trend is the implementation of tobacco control measures during the 1970s, 1980s, and 1990s.

Tobacco Sales vs. Prevalence Trends

In 2003, in order to determine the impact of changes in price on tobacco consumption and smoking prevalence, Health Canada collected and analysed relevant data (including monthly sales, reported annual prevalence rates, tobacco price indices, surveillance data, etc.) from across Canada for the period between January 1999 and December 2002.

Price Elasticity

Between January 1999 and December 2002 the average price of tobacco products rose by 75% nationally. Provincially, the increase in price ranged from 35% in Newfoundland to 85% in Ontario. During the same period, annual wholesale sales of cigarettes fell by 16% nationally, with a range between 7% (B.C.) and 27% (Quebec).

The point price elasticity of demand (the ratio of percent change in sales divided by the percent change in price, taken between two time periods) at the national level was -0.22, with a range between -0.16 (Ontario) and -0.32 (Quebec). (It must be borne in mind that the point price elasticity of participation is affected by those who quit because of price and those who quit for other reasons [this will be discussed later]).

Prevalence

Analysis of prevalence rates was problematic. The *Canadian Tobacco Use Monitoring Survey* (CTUMS) provided timely, reliable and continual data on tobacco use and related issues between 1999 and 2002, on both semi-annual and annual bases. Analysis of the annual data for the population aged 15 and older indicated that the differences in prevalence rates between 1999 and 2002 were statistically significant at the national level (25% to 21%).

The point price elasticity of participation for each group was -0.21 (Canada), -0.25 (N.B.), and -0.29 (Sask). (Again, the point price elasticity of participation is affected by those who quit because of price, those who quit for other reasons, and those who did not take up smoking because of increased price.)

With respect to those aged 15-19, nationally, prevalence rates fell from 28% in 1999 to 22% in 2002. This is a decline of 21% (six percentage points) and is statistically significant. With respect to youth aged 15-19, the point price elasticity of participation was -0.27. Since provincial prevalence rates are highly variable, analysis of provincial point price elasticities of participation was not performed.

Sales

What the data imply is that, at the national level, for every 10% increase in price, sales declined by 2.2%. The decline in sales results from a combination of reductions in the number of cigarettes smoked by remaining smokers and reductions in the number of smokers. The data imply that, for a 10% increase in price, there will be a 2.1% decrease in prevalence for smokers aged 15 and older. This does not mean that the change in prevalence is 2.2 percentage points (25% to 23%); it means that the difference between the starting and ending prevalences is 2.2% (25% to 24.5%).

Cessation

With respect to quitting, CTUMS indicated that, in 2002, there were approximately 700,000 fewer smokers than in 1999. This number must be interpreted with caution, since smokers and former smokers continue to change their smoking habits on a regular basis.

The CTUMS data provided some insight into motivations for quitting. When asked, "What would it take to quit smoking?", 34% of smokers responded "more willpower". This is contrasted with the 4% who responded "more effective / affordable stop-smoking programmes / cigarette substitutes" and the 6% who responded "increased cost / difficulty affording cigarettes".

This was confirmed in a recent survey of 300 recent quitters, only 10% of whom spontaneously suggested that "cost" was their reason for quitting. With respect to youth aged 15-19, less than 1% responded "increased cost / difficulty affording cigarettes". What this means is that the point price elasticity of participation may be a combination of a price component, approximately 10%, and other causes, 90%.

Analysis Issues

There are other analyses that can be performed, including those for sensitivity, but there are a number of serious data gaps which result from the information not being collected or not being statistically significant. For example, if a province implements a subsidy programme for nicotine replacement therapies, there is currently no national survey that will collect the information necessary

to evaluate this initiative. Indeed, CTUMS indicates that only two provinces have statistically significant reductions in adult prevalence rates. As a result, at present, even provincial strategies cannot be evaluated using CTUMS.

To alleviate many problems inherent in evaluation around the issue of price elasticity of demand it is suggested that, wherever and whenever possible, initiatives be evaluated at the lowest level of implementation. For example, if a province implements a strategy targeted towards youth aged 15-19, then the strategy should be evaluated against its objectives and within the target group.

Broader Issues

With respect to the impact of various strategies and policies (taxes, mass media campaigns, cessation campaigns, regulations, etc.), evaluation and analysis continues to be difficult. In some cases, such as with respect to tax policy, change is instantaneous, given that smokers react as soon as the price goes up or down. The metric used to measure this strategy is sales, and a minimum of three months is required for an impact to be shown.

In other cases, for example with respect to cessation or mass media campaigns, the metrics are numbers of smokers and impacts of the campaigns. Often we use campaign recall or intent to quit as measures of success. While these metrics can be measured within weeks of a campaign's conclusion, they are not wholly accurate measures of actual behaviour. More accurate measures of behaviour are based upon phenomena such as smoking prevalence and numbers of attempts to quit. Moreover, these metrics are usually taken long after cessation or mass media campaigns have concluded (one or more years), when it is difficult to determine whether campaigns have a direct or indirect effect.

Confounding all of this is the fact that interventions occur in groups. Taxes are sometimes raised concurrently with the introduction of a regulation and a new cessation campaign. The net result may be a decline in smokers, generally years after the interventions, when it is next to impossible to attribute which intervention or combination of interventions contributed in what way to the decline.

Progress in Strategic Directions

Policy and Legislation

The intent of the *National Strategy's* Policy and Legislation Strategic Direction is to ensure coordination of tobacco policy, and to ensure implementation of organizational policies and legislation across sectors that support reducing tobacco use.

On the books

Nunavut's Tobacco Control Act was proclaimed February 1st, 2004. The Act focuses on protecting Nunavummiut from exposure to second-hand smoke by way of smoke-free public places and workplaces; decreasing access to and supply of tobacco to youth; and curtailing inappropriate messaging to youth about tobacco (by prohibiting candy in the form of tobacco products, for example).

On May 1st 2004 the Workers' Compensation Board of the **Northwest Territories** and **Nunavut** enacted new environmental tobacco smoke regulations under two *Safety Acts*. Enclosed workplaces in both territories became smoke-free on this date. Limited exemptions to the ban include worksites which also serve as private residences, such as hotel rooms, elders' homes and housing units within fly-in mining or other workcamp sites.

In January 2004 the **Newfoundland and Labrador** Department of Justice announced a plan to implement tobacco-free environments at all eight adult custody facilities in the province. Facilities were slated to be fully compliant by May 3, 2004. Implementation comprised a co-ordinated sequence of activities which included educational and smoking cessation programmes and short-term provision of pharmacological aids. Assistance was provided both to employees and inmates. As part of this initiative, tobacco is designated 'contraband' and is prohibited on institutional property. The programme is administered by the Division of Corrections and Community Services, and the Department of Justice has partnered with the Newfoundland and Labrador Lung Association and the John Howard Society to assist with administration.

On March 2, 2004 in **Manitoba**, the Minister of Healthy Living introduced Bill 21 in the legislature. Bill 21, which would see the most comprehensive provincial ban in Canada at time of implementation, called for prohibition of smoking in enclosed public and indoor workplaces where the government has clear jurisdiction, and recognized the cultural significance of tobacco in the lives of Aboriginals (exempting them from the prohibitions in the *Non-Smokers Health Protection Act* when their tobacco use is carried out for a traditional Aboriginal spiritual or cultural practice or ceremony). (Bill 21 passed in Manitoba's legislature on June 10th; *The Non-Smokers Health Protection Act* came into effect on October 1, 2004.)

In the courts

Saskatchewan's *Tobacco Control Act* includes provisions that ban the promotion and display of products in places where youth have access and tobacco is sold. In May of 2002 Rothmans, Benson & Hedges Inc., a tobacco company, filed a suit against the Government of Saskatchewan stating that *The Tobacco Control Act* violates the Canadian Charter of Rights and Freedoms, and that the provisions in the *Act* are inoperative and of no force because of the doctrine of federal paramountcy. (Federal legislation restricts advertising but not the display of tobacco products.)

In September of 2002 the Court of Queen's Bench ruled that the provincial *Act* does not conflict with the federal legislation. Rothmans, Benson & Hedges Inc. was granted right of appeal in October 2002. Rothmans, Benson & Hedges Inc. appealed the paramountcy issue to the Court of Appeal, which heard the appeal in February, 2003.

The Saskatchewan Court of Appeal's decision on October 3, 2003 concluded that there is an operational conflict between the provincial *Tobacco Control Act* and the federal *Tobacco Act*, and declared section 6 of the provincial *Act* inoperative. The Government of Saskatchewan has made an application to the Supreme Court of Canada to hear the case. The Government also applied to a judge of the Court of Appeal for a stay of the decision, to allow the provincial restriction on the display of tobacco to continue in force until the Supreme Court makes a decision. The Court rejected this application on October 27, 2003.

The provincial government then sought a stay of the Saskatchewan Court of Appeal decision from the Supreme Court of Canada. Both the application for leave to appeal and the stay application were directed to be dealt with by a panel of the court. All filings for the applications were completed in early January 2004.

On March 25, 2004, the Supreme Court of Canada granted the leave to appeal the decision of the Saskatchewan Court of Appeal, but denied the province's stay application.

Concurrently the **Canadian Cancer Society** (CCS) continued to advocate for stronger tobacco control legislation at the federal, provincial and local levels. In December of 2003 the CCS filed its written argument in the Quebec Court of Appeal in support of the validity of the federal *Tobacco Act* and *Tobacco Products Information Regulations*. In this case, the tobacco industry is appealing the December 2002 judgement of the Quebec Superior Court that these laws are constitutionally valid.

Cessation and Public Education

The Cessation and Public Education Strategic Direction is intended to make information, services and programmes available and accessible to Canadians. A wide range of cessation programmes and aids is currently available to Canadians through a growing number of sources. In particular a variety of programming is directed at health care professionals, who are often in a

position to support their patients' cessation efforts. Health Canada is working in partnership with provinces, territories, NGOs and regional coalitions to ensure that Canadians have access to effective telephone counselling for smoking cessation. The Canadian Cancer Society, with funding from Health Canada, is furthering this partnership by developing promotional materials for shared use by quitlines across the country. And mass media campaigns, recognized as important means of conveying messaging, continue to be deployed with a view to changing attitudes and, ultimately, effecting behavioural change.

On the front lines

Initiated in February 2000 and funded continually since that time, **Ontario's Leave the Pack Behind** (LTPB) has done a great deal to shed light on the extent and nature of tobacco use among post-secondary students in Ontario.

While the main thrust of the project remains young adult cessation, efforts with campus administrators were intended to encourage and facilitate the development and implementation of campus policies that create or expand smoke-free spaces. It is hoped that increases in recruitment will emerge from the expanded reach of the project's communication campaign.

This campaign makes use of multiple media, including campus radio and print advertisements, and the dissemination of print resources, pamphlets and promotional items. Objectives of the campaign were to denormalize the tobacco industry and promote LTPB programmes and services.

Research has shown that for the time period January to December 2003, 54% of students spontaneously identified LTPB as a source of support for quitting smoking; LTPB has created awareness regarding tobacco cessation in 54,000 out of 84,000 full-time university students and 16,500 college students; and (using a 7-day point prevalence measure) the average number of cigarettes smoked on campus in a week fell from 52.2 at baseline to 36.4 at three-month follow-up, with all interventions producing equivalent reductions.

New Brunswick's cessation working group for the Anti-Tobacco Coalition continues to make progress in building a sustainable, integrated province-wide network with active engagement of all partners.

The Clinical Tobacco Intervention (CTI) Program (*Ask-Advise*) has trained physicians (50) as well as addiction services workers in all regions, the Victorian Order of Nurses staff, nurses and nurse managers, and interdisciplinary teams at two community health centres. In addition, the New Brunswick Dental Society hosted two regional dental workshops and one regional dental hygienist workshop. (Three more regional dental workshops are planned for later in 2004.)

In November 2003, to complement the CTI (*Ask-Advise*) component, the Nurses Association of New Brunswick initiated two additional capacity building efforts: CTI *Assist* training; and *Fresh Start* facilitator group training.

CTI *Assist* training is directed at any helping professionals who wish to more effectively integrate cessation assistance within existing interventions (i.e. brief counselling). Between November 2003 and February 2004, 11 of 14 planned sessions were held across the province, with 225 professionals participating. (CTI *Ask-Advise* is included in the *Assist* sessions.)

Fresh Start is a group cessation programme originally developed by the Canadian Cancer Society. Three facilitator training sessions were held over the course of 2003, with a total of 30 group facilitators trained. The *Fresh Start* sessions included the CTI *Ask-Advise* and *Assist* content.

All of the CTI *Ask-Advise*, CTI *Assist* and *Fresh Start* training efforts included referral to the Smokers' Helpline.

Within the media

Alberta conducted vigorous mass marketing campaigns throughout February and March of 2003. By way of these Alberta Tobacco Reduction Strategy (ATRS) social marketing initiatives, Albertans became aware of the plight and the crusade of Ms. Barb Tarbox. In fact the campaigns and the attention they garnered assisted in the dissemination of Ms. Tarbox's message across Canada.

After being diagnosed in September 2002 with terminal cancer caused by smoking, Ms. Tarbox dedicated the remainder of her life to talking to young people about the dangers of smoking. Ms. Tarbox's support and participation in the ATRS social marketing campaign resulted in much higher than expected reach and message resonance. According to an Ipsos-Reid® evaluation of the ATRS radio and television social marketing campaigns, total proven unaided and aided recall of radio and TV ads was 94%. This means that 9 out of 10 Albertans remembered or recalled the ATRS advertisements. Total proven recall of the ATRS ads was similar among current smokers (95%), former smokers (94%), and non-smokers (93%). And 76% of Albertans reached by the campaigns said that they were effective at raising public awareness about the negative effects of tobacco use.

First Nations, Inuit and Métis

Smoking prevalence is higher within the Aboriginal population for every age group. According to *Smoking Attitudes and Advertising Recall Among First Nation, Inuit and Métis*, Ipsos-Reid®, April 2002, smoking rates by Aboriginal identity (18 years and older) were: First Nations off-reserve, 50%; First Nations on-reserve, 48%; Métis, 48%; and Inuit, 54%. But quit intentions are ubiquitous among Aboriginal smokers. Seven in ten on-reserve First Nations adult smokers (69%) and six in ten Inuit adult smokers (61%) report seriously thinking of quitting smoking; and over 85% of First Nations, Métis and Inuit are very concerned about the impact of second-hand smoke upon their own health and that of their families. (This includes most smokers, but non-smokers and women are especially concerned.)

Youth smoking is a primary concern. The *First Nations Youth Inquiry into Tobacco Use* (the WUNSKA Report, the largest research undertaking amongst First Nations), conducted by the First Nations Social Research Institute in 1997, documented tobacco use among Aboriginal youth in 96 on-reserve communities across Canada. It stated, “The extent of our progress on youth tobacco control issues lies not only with the reduction of smoking prevalence rates amongst youth in general, but in the strategies that we develop to address the important issue of tobacco use for Aboriginal youth. We are encouraging the direct involvement of communities, their families and all levels of government to reduce the alarmingly high smoking rates of this group.”

Though the five Strategic Directions do not specifically address Canada’s higher risk Aboriginal population, federal, provincial and territorial governments have been collaborating with First Nations, Inuit and Métis communities to develop comprehensive, integrated and sustainable approaches to tobacco misuse. Furthermore, it is recognized that tobacco control efforts must take into account cultural factors such as the traditional use of tobacco in some Aboriginal cultures. Federal / provincial / territorial strategies are intended to complement and play into the strengths of existing, culturally appropriate community-based programmes, with an emphasis on children and youth, pregnant women, and people exposed to second-hand smoke.

Within the family

British Columbia’s Honouring Our Health Aboriginal Tobacco Strategy, the first Aboriginal tobacco strategy in Canada, has as its objective the promotion of the health and well-being of Aboriginal people and their traditions by stopping tobacco misuse. It is an example of a holistic, community developed, community led project that focuses on impacting change in the whole community rather than just on the single smoker. The Honour Your Health Challenge (HYHC), a component of the Strategy, is an innovative six-week programme challenging Aboriginal people to quit or reduce tobacco misuse in the car or at home. In 2003 implementation and effectiveness of the HYHC model in engaging participants, building community capacity and developing supportive networks and partnerships was assessed. Five target groups were surveyed, representing 74% of the total available participants. According to the evaluation, “responses from the surveys showed that participants demonstrated a dramatic increase in knowledge, awareness and access to resources. Participants gave a high rating to the training, and developed new confidence and leadership skills. In addition, community capacity was shown to have increased.”

15

In the community

Health Canada has mandated a National Advisory Circle to provide advice and expertise on developing a programme framework for tobacco control and its implementation and evaluation in First Nations and Inuit communities. The National Advisory Circle is working with First Nations and Inuit communities to develop evidence-based, culturally appropriate strategies for education,

prevention, protection and smoking cessation. In order to build capacity, Health Canada is partnering with Aboriginal organizations to help develop training and resources for community workers. The initiative this year is building on last year's priorities, promoting smoke-free places and developing cessation strategies. This will be supported by a social marketing plan.

Health Canada is partnering with the Assembly of First Nations and Inuit Tapiriit Kanatami through their participation in the National Advisory Circle. The eight regional offices of Health Canada's First Nations and Inuit Health Branch are funding 163 projects, with over 258 First Nations and Inuit communities involved in community-based projects. These projects provide resources and training for community workers to build and increase capacity via awareness, health promotion, reduction of access by minors, and cessation programmes.

Industry Accountability and Product Control

The Industry Accountability and Product Control Strategic Direction is intended to regulate the manufacturing, marketing and sale of tobacco products. In this regard, in the spring of 2004 Health Canada proposed regulations to address the public health problem resulting from cigarette-started fires.

Smokers' materials are the leading cause of residential fires and fire-related fatalities in Canada each year. From an analysis of Canadian fire statistics for the years 1995-1999, the Canadian Association of Fire Chiefs reported that at least 14,030 fires were started by smokers' materials (including cigarettes, cigars and pipes). These fires killed 356 people, injured 1,615 people and cost more than \$200 million in property damage. The victims of these fires are often among society's most vulnerable: children, the elderly and the financially poor.

After more than 20 years of research (most conducted in the U.S.), Health Canada believes it is possible to reduce cigarette ignition propensity by altering certain design characteristics. Design alterations to reduce the amount of heat generated could include decreasing circumference, decreasing tobacco density and decreasing paper porosity. Decreasing the tobacco density and cigarette circumference would affect the amount of fuel (tobacco) available, and decreasing paper porosity would restrict the flow of oxygen to the fuel. It is likely that a combination of these design changes would be required to meet the ignition propensity standards proposed in these regulations. The ignition propensity standards proposed by Health Canada would apply to all cigarettes manufactured or imported into Canada, starting October 1, 2005.

Research, Pilot Projects, Evaluation and Monitoring

This Strategic Direction is intended to increase knowledge of tobacco and tobacco use, the tobacco industry, effective interventions for tobacco control and health and socio-economic impacts of tobacco use.

While effective tobacco control requires work in all the five Strategic Directions, knowledge forms the foundation for planning interventions and activities in the other four, whether it is the result of research programmes, pilot projects (a form of applied research), evaluation of already existing programmes and services, or monitoring changes to assess progress.

Under the lens

The **Yukon** conducted two important surveys of smoking behaviour in 2003. Firstly, in conjunction with an evaluation of a mass media cessation campaign, the Yukon undertook to determine adult smoking behaviour; a 33% smoking rate was indicated. And for the first time in over ten years, youth smoking behaviour was studied by way of the Yukon Youth Smoking Survey; results will be reported in the 2005 version of this Report.

In 2003 the Legislative Assembly of **Prince Edward Island** asked the Standing Committee on Social Development to explore retail tobacco sales in P.E.I., particularly sales of tobacco in pharmacies. Public consultations concluded with numerous P.E.I. Tobacco Reduction Alliance members, government representatives, tobacco company representatives, citizens, businesses and the pharmaceutical association appearing before the Committee.

In April the Committee presented its report to the P.E.I. legislature. Recommendations included legislation to be introduced as soon as possible:

- prohibiting the sale of tobacco products in hospitals, health facilities, nursing homes, provincial and municipal government buildings, schools and other buildings operated by a school board, post-secondary educational institutions, recreational facilities, athletic facilities, theatres, arcades and amusement parks;
- prohibiting tobacco vending machines and self-service tobacco displays;
- prohibiting visible display of tobacco products in all licensed establishments;
- prohibiting the sale of tobacco products as of June 2005 in pharmacies;
- prohibiting retail display and point of sale signage used to advertise or promote tobacco products in all retail establishments as of January 1, 2006.

The Committee also recommended tobacco signage regulations be reviewed to include a health message regarding the harmful effects of tobacco use, and that the current penalties under the *Tobacco Sales to Minors Act* be reviewed.

In 2003 the **National Cancer Institute of Canada** (NCIC) awarded six research grants or personnel awards relevant to tobacco control, totaling \$578,348. Funding was directed at studies around: the policy process (the role of issue framing in second-hand smoke bylaw development); student, family and school factors affecting adolescent smoking in Canada; reducing smoking in outdoor public places (an environmental design approach); tobacco control policy and smoking cessation (barriers to the use and effectiveness of pharmaceutical cessation aids; the natural history of nicotine dependence; and ecological approaches to preventing cancer and promoting health [an interdisciplinary programme of research with children and youth]).

Also in 2003 the **Canadian Tobacco Control Research Initiative** (CTCRI) awarded 40 grants (totalling \$724,250) addressing subjects as varied as: smoking behaviours among young adults; differences in smoking behaviour by gender; smoking and mental health; effectiveness of health warning messages; social acceptability of tobacco smoking; nicotine addiction; youth smoking; second-hand smoke; cessation programming; pharmaceutical sales of tobacco products; harm reduction (the alteration of tobacco products to potentially reduce harm, and/or the reduced ignition propensity of tobacco products); the role of governments in tobacco control; and links between research, practice and public policy.

Building and Supporting Capacity for Action

The Building and Supporting Capacity for Action Strategic Direction is intended to increase the ability of individuals, health intermediaries and communities at the national, provincial, territorial and local levels to take action. Learning and sharing knowledge gained, outlining approaches and strategies, and formulating and enhancing partnerships will inevitably optimize tobacco control across all of Canada.

Nova Scotia continued to build momentum and support for tobacco-free sports and recreation. In the Spring of 2003, the Cole Harbour Soccer Club (an active youth soccer club within the Halifax regional municipality) became tobacco-free. The club created a policy discouraging club members, coaches and spectators from using tobacco products during practices, games and club events and, with a number of partners, promoted its 'Tobacco-Free Soccer' message. (The major partners were the Southeastern Community Health Board, the ACT initiative [Take Action in your Community against Tobacco], Capital Health, and the Office of Health Promotion.)

The initiative was evaluated through a survey of parents and coaches, and focus groups with players, coaches and the Cole Harbour Soccer Club Executive. Overall, the initiative was successful in achieving a high level of awareness, comprehension and acceptance of the tobacco-free soccer message and policy among parents and coaches, and it has become a model for other youth sport and recreation organizations.

Enabling and Empowering

Young adults are an emerging priority population for tobacco control in Canada. There is growing interest in targeting tobacco control efforts at this population segment because smoking rates are highest among Canada's young adults aged 20–24; they are an important target group for the tobacco industry; and they are an understudied population group in terms of tobacco-related research.

Respecting the Air We Breathe is a project undertaken by the **Canadian Public Health Association** (CPHA) (with funding from Health Canada) to develop second-hand smoke messages that will target young adults. These messages are intended to educate young adults (aged 18–30, smokers and non-smokers) about how to exercise their responsibility to protect others from exposure to second-hand smoke, and their right to breathe smoke-free air.

Phase I of the project examined young adult attitudes, behaviours and values, as well as effective communication strategies for this age group. Activities undertaken during Phase I included: a literature review; stakeholder and young adult surveys; “key informant” interviews; a meeting of experts; and compilation of an inventory of sample young adult messages and delivery channels. (During Phase II, messages will be tested in regional focus groups and, based on findings from the project, recommendations will be made to Health Canada on the most promising messages and message delivery channels.)

Conclusion

The information contained in the 2004 Report indicates that the *National Strategy* is working. Prevalence and consumption are demonstrating a downward trend over time. Youth uptake has in fact reversed. This is remarkable, and has profound implications.

Nonetheless the information also shows that uptake among young adults continues to be high, irrespective of tactics deployed to date. And as the prevalence and consumption for the general population continues to decline, we are steadily approaching a more resistant cluster of Canadian smokers—those who may be heavily addicted and/or may have little to no inclination to quit. The potential exists for general downward trends to level off.

We urge Canadians to consider and reflect upon how the *National Strategy* is impacting the tobacco control landscape, and to see that Canada must not settle, but rather take stock and move forward with a quickened step.

Appendix A

Member List—Federal / Provincial / Territorial Tobacco Control Liaison Committee

Andrew Hazlewood, Co-Chair

Assistant Deputy Minister
Population Health and Wellness
Ministry of Health Services
Government of British Columbia
4-2, 1515 Blanshard Street
Victoria, BC V8W 3C8
Tel: (250) 952-1731 **Fax:** (250) 952-1713
Andrew.Hazlewood@gems4.gov.bc.ca

Hélène Goulet, Co-Chair

Director General
Tobacco Control Programme
Health Canada
P.L. 3507A2, Room D787
MacDonald Building
123 Slater Street
Ottawa, ON K1A 0K9
Tel: (613) 941-1977 **Fax:** (613) 954-2288
helene_goulet@hc-sc.gc.ca

23

Marlien McKay, NB

Project Manager, Office of Chief Medical Officer of Health
Public Health Management Services
Department of Health and Wellness
Government of New Brunswick
520 King Street, 2nd Floor
P.O. Box 5100
Fredericton, NB E3B 5G8
Tel: (506) 444-4633 **Fax:** (506) 453-8702
marlien.mckay@gnb.ca

Miriam Wideman, NWT

Consultant, Tobacco
Department of Health and Social Services
Government of Northwest Territories
5022-49th Street, Centre Square Tower, 7th Floor
P.O. Box 1320
Yellowknife, NWT X1A 2L8
Tel: (867) 920-8826 **Fax:** (867) 873-0202
Miriam_Wideman@gov.nt.ca

Laurie Woodland, BC
Director
Ministry of Health Services
Population Health and Wellness
Government of British Columbia
4-2, 1515 Blanshard Street
Victoria, BC V8W 3C8
Tel: (250) 952-2847 **Fax:** (250) 952-2279
laurie.woodland@gems6.gov.bc.ca

Lisa Shaffer, PEI
Community Development/Tobacco Reduction
Public Health and Evaluation Division
Department of Health and Social Services
Government of Prince Edward Island
11 Kent Street, P.O. Box 2000
Charlottetown, PEI C1A 7N8
Tel: (902) 368-6133 **Fax:** (902) 368-4969
llshaffer@ihis.org

John Garcia, ON
Director, Chronic Disease and Health Promotion Branch
Ontario Ministry of Health and Long Term Care
Tobacco Strategy Unit
Government of Ontario
5700 Yonge Street, 8th Floor
Toronto, Ontario M2M 4K5
Tel: (416) 327-7445 **Fax:** (416) 314-5497
john.garcia@moh.gov.on.ca

Lloyd Carr, AB
Senior Manager, Tobacco Reduction Unit
Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission
Government of Alberta
10909 Jasper Avenue, 2nd Floor
Edmonton, AB T5J 3M9
Tel: (780) 422-1350 **Fax:** (780) 427-2352
lloyd.carr@aadac.gov.ab.ca

Nancy Hoddinott, NS
Coordinator, Tobacco Strategy
Nova Scotia Department of Health
Government of Nova Scotia
1690 Hollis Street, 10th Floor
P.O. Box 488
Halifax, NS B3J 2R8
Tel: (902) 424-5962 **Fax:** (902) 424-0663
hoddinnl@gov.ns.ca

Linda Gama-Pinto, Health Canada
A/Director, Policy and Strategic Planning
Tobacco Control Programme
Health Canada
P.L. 3506B, Room D687
MacDonald Building
123 Slater Street
Ottawa, ON K1A 0K9
Tel: (613) 941-4053 **Fax:** (613) 952-5188
linda_gama-pinto@hc-sc.gc.ca

Bernie Squires, NL
Lifestyle and Health Promotion Consultant
Dept. of Health and Community Services
Government of Newfoundland and Labrador
Prince Philip Drive
Confederation Building, West Block
1st Floor, P.O. Box 8700
St. John's, Newfoundland and Labrador A1B 4J6
Tel: (709) 729-1374 **Fax:** (709) 729-1918
bsquires@mail.gov.nf.ca

Kathy Langlois, Health Canada
Director General
First Nations and Inuit Health Branch
Community Programs Directorate
Health Canada
20th Floor, Room 2039B, Jeanne Mance Building
Tunney's Pasture
Ottawa, ON K1A 0K9
Tel: (613) 952-9616 **Fax:** (613) 941-3710
Kathy_Langlois@hc-sc.gc.ca

Mary Martin-Smith, SK
Director, Population Health Branch
Health Promotion Unit
Saskatchewan Health
Government of Saskatchewan
3475 Albert Street
Regina, SK S4S 6X6
Tel: (306) 787-7110 **Fax:** (306) 787-3823
mmartin-smith@health.gov.sk.ca

Paula Pasquali, YK
Health Promotion Coordinator
Health and Social Services
Government of Yukon
#2 Hospital Road
Whitehorse, YK Y1A 2C6
Tel: (867) 667-8394 Fax: (867) 667-8338
paula.pasquali@gov.yk.ca

Andrew Loughead, MB
Coordinator of Tobacco Control
Manitoba Health
Public Health, Environment Unit
Government of Manitoba
4070 - 300 Carlton Street
Winnipeg, MB R3B 3M9
Tel: (204) 788-6731 **Fax:** (204) 948-2040
aloughead@gov.mb.ca

With thanks to the Government of Quebec for its expertise and collaboration on this *Progress Report*.

Appendix B

Contributing Non-governmental Organizations

The Canadian Cancer Society

The National Cancer Institute of Canada

The Canadian Tobacco Control Research Initiative

The Canadian Public Health Association

Organisations non gouvernementales ayant contribué au présent rapport

La Société canadienne du cancer
L'Institut national du cancer du Canada
L'Initiative canadienne de recherche pour la lutte contre le tabagisme
L'Association canadienne de santé publique

Erin Levy, Nt.
 Expert, Tobacco Reduction
 Dep't. of Health and Social Services
 Government of Nunavut
 P.O. Box 1000, Stn. 1000
 Igloolik, NU X0A 0HO
 Tel.: (867) 975-5783 (ligne privée)
 (867) 975-5700 (Réception)
 erlevy@gov.nu.ca

Paula Pasdualhi, Yn.
 Health Promotion Coordinator
 Health and Social Services
 Government of Yukon
 #2 Hospital Road
 Whitehorse, YT Y1A 2C6
 Tel.: (867) 667-8394
 paula.pasdualhi@gov.yk.ca

Andrew Lougheed, Man.
 Coordinator of Tobacco Control
 Manitoba Health
 Public Health, Environment Unit
 Government of Manitoba
 4070-300 Carlton Street
 Winnipeg, MB R3B 3M9
 Tel.: (204) 788-6731
 (204) 948-2040
 alougheed@gov.mb.ca

Nous remercions le Gouvernement du Québec pour son expertise et sa collaboration relatives au présent Rapport d'étape.

Linda Gamma-Pinto, Santé Canada
 Programme de la lutte au tabagisme
 Directrice intermédiaire, Planification stratégiques et politiques
 I.A. 3506B, pièce D687
 Immuable MacDonald
 123, rue Slater
 Ottawa, ON K1A 0K9
 Tel.: (613) 941-4053 Téléc.: (613) 952-5188
 Linda_gamma-pinto@hc-sc.gc.ca
 Linda Gamma-Pinto, Santé Canada
 Santé Canada
 Berriie Squires, T.-N.-L.
 Lifestyle and Health Promotion Consultant
 Dépt. of Health and Community Services
 Government of Newfoundland and Labrador
 1st Floor, P.O. Box 8700
 St. John's, Newfoundland and Labrador A1B 4J6
 Tel.: (709) 729-1374 Téléc.: (709) 729-19188
 bsquires@mail.gov.nl.ca
 Kathy Langlois, Santé Canada
 Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits
 Direction générale de la santé des Programmes communautaires
 Santé Canada
 20^e étage, pièce 2039B, immuable Jeanne-Mance
 Rue Thury
 Ottawa, ON K1A 0K9
 Tel.: (613) 952-9616 Téléc.: (613) 941-3710
 Kathy_Langlois@hc-sc.gc.ca
 Mary Martin-Smith, Sask.
 Health Promotion Unit
 Saskatchewan Health
 Government of Saskatchewan
 3475 Alber特 Street
 Regina, SK S4S 6X6
 Tel.: (306) 787-7110 Téléc.: (306) 787-3823
 mary.martin-smith@health.gov.sk.ca

Nancy Hoddinott, N.E.
Coordinator, Tobacco Strategy
Nova Scotia Department of Health
Government of Nova Scotia
1690 Hollis Street, 10th Floor
P.O. Box 488
Halifax, NS B3J 2R8
Tel.: (902) 424-5962 Telec.: (902) 424-0663
hoddinotl@gov.ns.ca

Lloyd Garcia, Ont.
Director, Chronic Diseases and Health Promotion Branch
Ontario Ministry of Health and Long Term Care
Tobacco Strategy Unit
Southern Manitoba, Tobacco Reduction Unit
Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission
Government of Alberta
10909 Jasper Avenue, 2nd Floor
Edmonton, AB T5J 3M9
Tel.: (780) 422-1350 Telec.: (780) 427-2352
lloyd.garcia@addac.gov.ab.ca

John Garcia, Ont.
Director, Chronic Diseases and Health Promotion Branch
Ontario Ministry of Health and Long Term Care
Tobacco Strategy Unit
Government of Ontario
5700 Yonge Street, 8th Floor
Toronto, ON M2M 4K5
Tel.: (416) 327-7445 Telec.: (416) 314-5497
john.garcia@moh.gov.on.ca

Linda Schaffter, I.P.A.
Ministry of Health Services
Population Health and Wellness
Government of British Columbia
4-2, 1515 Blanshard Street
Victoria, BC V8W 3C8
Tel.: (250) 952-2847 Telec.: (250) 952-2279
laurie.wooldland@gems6.gov.bc.ca

Laurie Woodland, C.H.

Membres – Comité de liaison sur la lutte contre le tabagisme fédéral, provincial et territorial

Annexe A

Hélène Goulet, coprésidente
Directrice générale
Programme de la lutte au tabagisme
1.A. 3507AZ, pièce D787
Santé Canada
123, rue Slater
Immeuble Macdonald
Ottawa, ON K1A 0K9
Tél. : (613) 941-1977
Télec. : (613) 745-1000
Marlene McKay, N.B.
Projet Manager, Office du Chef de
l'Agence de Santé publique
Département de Santé et Services sociaux
520 King Street, 2nd étage
Gouvernement du Nouveau-Brunswick
P.O. Box 5100
Frederiction, NB E3B 5C8
Tél. : (506) 444-4633
Télec. : (506) 444-4633
Marlene.mckay@gnb.ca
Miriam Wideman, TN-O
Département d'Health and Social
Services du Nouveau-Brunswick
5022-49th Street, Centre Square Tower
Gouvernement du Nouveau-Brunswick
P.O. Box 1320
Yellowknife, NWT X1A 2L8
Tél. : (867) 920-8826
Télec. : (867) 920-8826
Miriam.Wideman@gov.nt.ca

Marihen McKay, N.B. Project Manager, Office of Chief Medical Officer of Public Health Management Services Department of Health and Wellness Government of New Brunswick
520 King Street, 2nd Floor P.O. Box 5100 Fredericton, NB E3B 5G8 Tel.: (506) 444-4633 Telec. : (506) 453-8702
Mariham Wideman, T.N.-O. Consulant, Tobacco Department of Health and Social Services Government of NorthWest Territories
5022-49th Street, Centre Square Tower, 7th Floor P.O. Box 1320 Yellowknife, NWT X1A 2L8 Tel.: (867) 920-8826 Telec. : (867) 873-0202
William Wideman@gov.nt.ca

Project Manager, Office of Chief Medical Officer of Health
Public Health Management Services
Department of Health and Wellness
520 King Street, 2nd Floor
P.O. Box 5100
Frederiction, NB E3B 5G8
Tel.: (506) 444-4633 Telec.: (506) 453-8702
mailto:mckay@gnb.ca

Miriam Wideman, TN-O
Consultant, Tobacco
Department of Health and Social Services
Government of Northwest Territories
5022-49th Street, Centre Square Tower, 7th Floor
P.O. Box 1320
Yellowknife, NWT X1A 2L8
Tel.: (867) 920-8826 Telec.: (867) 873-0202
Miriam.Wideman@gov.nwt.ca

Conglomérat

Stratégie nationale sur la santé mentale et la consommation d'alcool dans le Rapport 2004 indiquent que les jeunes à la base sont plus susceptibles de porter une tendance à la prévalence et la consommation affichent une tendance à la basse au fil du temps. En effet, la consommation chez les jeunes a été renversée. Cela est remarquable, et d'une portée profonde.

Néanmoins, l'information montre également que la consommation chez les jeunes adultes est toujours élevée, sans égard aux tactiques utilisées à ce jour.

Et, comme la prévalence et la consommation continue de baisser chez les jeunes adultes, nous approchons de façon constante un niveau plus résistant en général, nous approchons de façon constante un niveau plus résistant de niveaux canadiens — ceux qui sont fortement dépendants et/ou qui ont peu ou aucun désir de renoncer au tabac. Il est probable que les tendances générales à la baisse se stabilisent.

Nous imitions les Canadiens et les Canadiens à prendre en compte et à refléchir à l'impact de la Stratégie nationale sur la scène de la lutte contre le tabagisme, et à concevoir que le Canada ne doit pas s'arrêter, mais plutôt faire le point et aller de l'avant à un pas accéléré.

La phase I du projet examine les attitudes, les comportements et les valeurs des jeunes adultes, de même que les stratégies de communication efficaces auprès de ce groupe d'âge. Les activités de la phase 1 comprennent entre autres, une analyse bibliographique; des entretiens avec des « informateurs clés »; une rencontre entre adultes; des entretiens sur les interventions et les messages destinés aux jeunes adultes et leurs modes d'acquisition. (Au cours de la phase II, les messages seront mis à jour sur les résultats du projet, des recommandations relatives aux jeunes adultes et leurs modes d'acquisition. Au cours de la phase III, les messages seront mis à jour au cours de discussions régionales.)

L'Association canadienne de Sainte-Émilie (ACSE), a mis sur pied le projet Par considération pour l'autre nous respections (Finance par Sainte-Émilie) afin d'ébaucher des messages sur la même secondeaire qui cibleront les jeunes adultes. Ces messages visent à sensibiliser les jeunes adultes (de 18 à 30 ans, femmes et non-femmes) aux moyens d'exercer leur responsabilité de protéger les autres de l'exposition à la même secondeaire, et à leur droit de résister. L'air pur.

Les jeunes adultes sont une population prioritaire nouvelle en matière de lutte contre le tabagisme. On s'intéresse davantage à ce segment de la population par rapport à la lutte au tabagisme car, au Canada, ce sont les jeunes adultes de 20 à 24 ans qui affichent les taux de tabagisme les plus élevés. Ils sont un important groupe cible pour l'industrie du tabac; et ils sont un groupe ayant fait l'objet de peu de recherche relative au tabagisme.

Habileté et pouvoir

Création et soutien des moyens d'action

Egallement en 2003, l'initiative canadienne de recherche pour la lutte contre le tabagisme (ICRCT) a accordé 40 subventions (724 250 \$ au total), traitant des sujets aussi variés que : l'usage du tabac chez les jeunes adultes; les différences relatives à l'usage du tabac selon le genre; le tabagisme et la santé mentale; l'efficacité des messages relatifs à la santé; l'acceptabilité sociale du tabagisme; la dépendance à la nicotine; le tabagisme chez les jeunes; la fumée secondaire; la programmation relative à l'abandon du tabac; la vente de produits du tabac afin de réduire possiblement les préjudices et/ou la réduction du potentiel d'allumage des produits du tabac; le rôle des gouvernements dans la lutte contre le tabagisme; les liens entre la recherche, la pratique et la politique publique.

L'orientation stratégique relative à la création et au soutien des moyens d'action vise à accroître la capacité des particuliers, des intermédiaires de la santé et des communautés à l'échelle nationale, provinciale, territoriale et locale à prendre les mesures vouées. L'apprentissage et le partage des connaissances acquises, l'identification des approches et des stratégies ainsi que la création et le perfectionnement des partenariats optimisent le club de soccer actif pour les jeunes à l'initiative de la Multicultural Federation de Halifax) est développé sans tabac. Le club a créé une politique visant à détourner les membres, les entraîneurs et les spectateurs de fumer pendant les exercices, les parties et les activités du club et, en collaboration avec bon nombre de partenaires, a publié son message du « Soccer sans fumée ».

(Les principaux partenaires étaient la Southwestern Community Health Board, l'initiative ACT [Take Action in your Community against Tobacco], la Capitol Health et le Office of Health Promotion.)

La Nouvelle-Ecosse a poursuivi son élan et son appui quatrième sport et aux loisirs sans fumée. Au printemps de 2003, le Cole Harbour Soccer Club (un club de soccer actif pour les jeunes à l'initiative de la Multicultural Federation de Halifax) est développé sans tabac. Le club a créé une politique visant à

encourager les membres, les entraîneurs et les spectateurs de fumer pendant les entraînements et des entraîneurs ainsi que des groupes de discussion composés des joueurs, des entraîneurs et des membres de l'ensemble, l'initiative s'est avérée un succès car elle a donné lieu à une grande sensibilisation, compréhension et acceptation du message et de la politique du soccer sans fumée.

Limitative a été évaluée par le biais d'une enquête auprès des parents et des entraîneurs ainsi que des membres de l'executif du Cole Harbour Soccer Club. Dans l'ensemble, l'initiative a obtenu un succès car elle a donné lieu à une grande sensibilisation, compréhension et acceptation du message et de la politique du soccer sans fumée.

Limitative un modèle pour les autres organismes de sports et de loisirs à est développé du soccer sans fumée auprès des parents et des entraîneurs, et elle

l'intention des jeunes.

En 2003, l'Institut national du cancer du Canada (INCC) a accordé six subventions de recherches et prix au personnel relâchés à la lutte contre le tabagisme, pour un montant total de 578 348 \$. Le financement était affecté aux études des domaines tels que : la politique et le processus [le rôle de l'encadrement des éléments tels que l'interet de l'éducation des réglementations sur la烟害ambiancie], les éléments tels que l'école, la famille et l'environnement sur la tabagisme chez les adolescents au Canada; la réduction du tabagisme dans les endroits publics extérieurs (une approche de conception envoitementale); la lutte contre le tabagisme au niveau local, régional et national.

Le comité a également recommandé la révision des règlements sur l'atchagé des produits du tabac afin d'y inclure des messages relatifs à la santé et les effets nocifs de l'usage du tabac, ainsi que la révision des penalties courantes en vertu de la Tobacco Sales To Minors Act.

- Interdiction de la vente de produits du tabac dans les hôpitaux, Les établissements de santé, Les maisons de repos, Les édifices des gouvernements provinciaux et municipaux, Les installations scolaires, Les écoles d'enseignement secondaire, Les installations récréatives, Les installations sportives, Les théâtres, Les arcades et les parcs d'amusement;
 - Interdiction de distributeurs de tabac automatiques et des présentoirs de tabac libre-service;
 - Interdiction de l'exposition visible de produits du tabac dans tous les établissements autorisés;
 - Interdiction de la vente des produits du tabac dans les pharmacies à compter de juin 2005;
 - Interdiction de publication au point de vente utilisées pour annoncer ou promouvoir les produits du tabac dans tous les établissements de vente au détail à compter du 1er janvier 2006.

En avril, le comité a présenté son rapport à l'Assemblée législative de I.T.-P.E. Les recommandations comprenaient des lois à adopter le plus tôt possible, notamment :

En 2003 l'Assemblée législative de l'Ile-du-Prince-Édouard a demandé au Comité permanent des affaires sociales d'observer les ventes au détail du tabac à I.P.-E., particulièrement la vente de tabac dans les pharmacies. Des consultations publiques étaient d'accord avec bon nombre des membres de la Tobacco Reduction Alliance (Alliance pour la réduction du tabagisme), les représentants du gouvernement, les représentants des sociétés de tabac, les citoyens, les entrepreneurs et l'Association pharmaceutique de I.P.-E., ayant comparé devant le comité.

bias de l'Enquête sur le tabagisme chez les jeunes du Yukon; Les résultats seront présentés dans la version 2005 du présent rapport.

Les articles de fumeurs sont la cause première d'incendies résidentiels et de des statistiques canadiennes sur les incendies pour les années 1995 - 1999, l'Association canadienne des chefs de pompiers a déclaré qu'au moins 14 030 incendies étaient attribuables aux articles de fumeurs (y compris les cigares et les pipes). Ces incendies ont entraîné le décès de 356 personnes, parmi les plus vulnérables de la société, notamment les enfants, les personnes âgées et les personnes ayant des difficultés financières.

Après plus de 20 ans de recherche (la plupart effectuée aux É.-U.), Sainte-Canada a commencé certaines caractéristiques de conception. Les modifications à la conception visant à réduire la chaleur générée pourraient empêcher la réduction de la porosité du papier. La réduction de la densité du tabac de la cigarette de la circonscription aurait un effet sur le montant de carburation (tabac) disponible, et la réduction de la porosité du papier permettrait de restreindre le flux d'oxygène au carburettant. Selon toute probabilité, une combinaison de ces changements de conception serait nécessaire pour satisfaire aux normes sur le potentiel d'allumage que propose Santé Canada. Les normes relatives au potentiel d'allumage que propose Santé Canada mattelez de lutte contre le tabagisme et les effets socio-économiques et sur la tabac. L'usage du tabac, l'industrie du tabac, les interventions efficaces en La présente orientation stratégique vise à accroître les connaissances sur le bien que la lutte contre le tabagisme exige des efforts dans chacune des cinq orientations stratégiques, la connaissance représente le fondement de la planification d'entreprises, les priorités dans les quatre autres, due ce soit les résultats des programmes de recherche, les projets pilotes (une forme de recherche appliquée), l'évaluation de programmes existants ou le suivi des changements visant à évaluer les programmes réalisés.

Recherche, projets pilotes, évaluation et suivi

La présente orientation stratégique vise à accroître les connaissances sur le tabac, l'usage du tabac, l'industrie du tabac, les interventions efficaces en matière de lutte contre le tabagisme et les effets socio-économiques et sur la santé attribuables à l'usage du tabac.

Le Yukon a effectué deux enquêtes importantes sur l'usage du tabac en 2003. D'abord, parallèlement à l'évaluation d'une campagne médiatique de masse sur le renoncement au tabac, le Yukon a tenté de déterminer l'usage du tabac chez les adultes; un taux de tabagisme de 33 % ayant été indiqué. Et pour la première fois en 10 ans, l'usage du tabac chez les jeunes a été analysé par le

Sous la loupe

Thème : Un des volets de la stratégie, Honor Your Health Challenge (HYHC), constitue un programme novateur de six semaines mettant les Autochtones au défi, les incitant à abandonner le tabac ou à réduire le mauvais usage du tabac dans la volonté à la maison. En 2003, la mise en application et l'efficacité du modèle HYHC ont été évaluées par rapport à la participation, partemaritats et de réseaux en guise de soutien. Cinq groupes cibles ont fait l'objet d'une enquête, représentant 74 % de l'ensemble des participants. Selon l'évaluation, « Les réponses aux enquêtes ont montré que les participants affichaient une augmentation marquée en matière de connaissances, de sensibilisation et d'accès aux ressources. Les participants ont donc une cote élevée à la formation, et ont développé une nouvelle confiance et des qualités de chef. De plus, la capacité de la collectivité à afficher une croissance.

Dans la collectivité

Sainte-Canada a mandaté un Cercle consultatif national afin de lui fourrir des conseils et de l'expérimenter de l'interieur de l'établissement d'un cadre de pro- gramme de lutte contre le tabagisme et sa mise en application et évaluation dans les collectivités des Inuitis et des Premières nations. Le Cercle consultatif national collabore avec les collectivités des Inuitis et des Premières nations afin d'élaborer des stratégies fondées sur la preuve et à approfondir la culture relatives à l'éducation, à la prévention, à la protection et à l'abandon du tabac. Dans le but d'accroître la capacité, Sainte-Canada a créé un partenariat avec les organisations autochtones pour aider à développer la formation et des ressources pour les travailleurs communautaires. Cette année, l'initiative vise à prendre appui sur les priorités de l'an passé, notamment la promotion des endroits sans fume et l'établissement des stratégies sur le renoncement au tabac. Un plan de marketing social appuierait cette initiative.

Suite à l'assemblée de l'Association canadienne de partenariat en travail social, les nations et les organisations nationales ont participé à la consultation nationale. Les huit bureaux régionalaux de la Direction générale de consultations et de l'Institut national ont été invités à faire partie de l'équipe de travail qui a préparé le rapport final. Le rapport final a été présenté au Comité consultatif national et au Comité exécutif de la Direction générale de consultations et de l'Institut national. Il a été approuvé par le Comité exécutif de la Direction générale de consultations et de l'Institut national et a été envoyé au Comité consultatif national pour approbation. Le rapport final a été approuvé par le Comité consultatif national et a été envoyé au Comité exécutif de la Direction générale de consultations et de l'Institut national pour approbation.

Responsabilité de l'industrie et contrôle des produits

L'orientation stratégique relative à la responsabilité de l'industrie et au contrôle des produits a pour but de réglementer la fabrication, le marketing et la vente de produits du tabac. À cet effet, au printemps 2004, Santé Canada a proposé des règlements visant à résoudre le problème de santé publique attribuable aux mécanismes causés par la cigarette.

Premières nations, Inuits et Métis

La prévalence du tabagisme est plus élevée chez les populations autochtones qu'au sein de la population générale. Selon le rapport de la Société Ipos- Reid, sur la même période des groupes d'âge, les Autochtones ont une prévalence de tabagisme de 48 %, contre 34 % pour la population générale. Mais l'intention d'abandonner le tabac est très étendue chez les Autochtones. Sept sur dix fumeurs adultes chez les Premières nations autochtones limitent leur consommation à six cigarettes par jour ou moins, alors que ce chiffre est de 48 % pour les autres fumeurs. Les fumeurs autochtones, qui sont les plus susceptibles de l'abandonner, le font avec succès dans 69 % des cas, contre 61 % pour les autres fumeurs. Cela comprend de la même manière sur leur santé et celle de leurs familles. (Géraldine Tremblay, 2002)

qui démontre que les jeunes sont plus susceptibles de fumer et de consommer d'autres produits de tabac que les adultes. Ces résultats sont en accord avec ceux obtenus par d'autres auteurs (Gilliland et al., 1997; Kremers et al., 1998). Les résultats de cette étude montrent également que les jeunes fumeurs sont plus susceptibles que les non-fumeurs de consommer d'autres produits de tabac et de faire des achats dans des magasins qui vendent ces produits.

Bien que les stratégies de prévention soient à la population autochtone plus adressées, elles ont également une portée nationale. Les femmes autochtones sont particulièrement exposées à la fumée ambiantes, qui provoquent des maladies respiratoires et des infections. Les femmes autochtones sont également plus susceptibles de contracter des maladies chroniques, telles que l'obésité, le diabète et les maladies cardiaques. Ces problèmes de santé sont liés à la fumée ambiantes et aux mauvaises habitudes de吸烟, qui sont plus courantes chez les femmes autochtones que dans la population générale.

La stratégie de la Colombie-Britannique, Honouring Our Health Aboriginals, a première stratégie au Canada axée sur le tabagisme chez Autochtones, a comme objectif de promouvoir la santé et le bien-être des peuples autochtones et leurs traditions en mettant fin au mauvais usage du tabac. Voilà un bel exemple d'un projet global, élaboré et dirigé par la collectivité, et l'effet du changement sur la collectivité entière plutôt qu'en seul

A l'intérieur de la famille

du membre 2003, en vue d'agrémer le voté (Questionnaire-
du PICT, l'Association des imprimeurs du Nouveau-Brunswick a initié deux
autres activités visant à accroître la capacité, notamment l'aide à la formation
du PICT et Nouveau départ, la formation d'amateurs de groupes.
Le voté Aide à la formation du PICT vise particulièrement à aider les
professions qui désirent intégrer plus efficacement l'aide au renouvellement
aux interventions existantes (c.-à-d., de courtes séances de conseil). Entre
novembre 2003 et février 2004, 11 des 14 séances prévues ont eu lieu partout
dans la province, et 225 professionnels y ont participé. (Le voté Questionnaire-
considérera est tout compris dans les séances d'aide.)
Nouveau départ un programme de renouvellement de groupe initialement
élaboré par la Société du Cancer. Trois séances de formation pour animatrices
ont été effectuées en 2003, ce qui a donné lieu à la formation de 30 animatrices
en groupes. Les séances Nouveau départ comprenaient les volets Questionnaire-
considérera et Aide.

Le programme d'intervention clinique contre le tabagisme (PCLC) (Questionnaire consommation de tabac) a formé des médecins (50) ainsi que des travailleurs en services de santé dans toutes les régions, le personnel des infirmières de l'Ordre des infirmières et des équipes de Victoria, des infirmières et des infirmières gestationnelles de l'Ordre des infirmières dans toutes les régions, le personnel des infirmières de l'Ordre des infirmières gestationnelles dans deux centres de santé communautaires. De plus, la Société dentaire du Nouveau-Brunswick a tenu deux ateliers régionaux en dentisterie et un atelier régional pour les hygiénistes dentaires. (Trois autres ateliers en dentisterie sont prévus plus tard en 2004.)

Abandon et éducation du public

L'orientation stratégique en matière d'abandon et d'éducation du public vise une pénétration de programmes est à la disposition des professionnels de la par le biais d'un nombre toujours croissant de sources. Plus particulièrement, l'abandon du tabac est actuellement disponible à la population canadienne à la population canadienne. Toute une gamme de programmes et d'aide sur la rendre l'information, les services et les programmes disponibles et accessibles sont souvent bien placés pour soutenir les efforts de leurs patients sainte. qui tentent de cesser de fumer. Sainte-Canada collabore avec les provinces, les territoires, les ONG et les coalitions régionales afin de veiller à ce que tous les Canadiens aient accès au conseil téléphonique efficace sur le changement au niveau postsecondaire.

Bien que le projet soit surtout axé sur le renoncement du tabac chez les jeunes adultes, des efforts auprès des administrateurs des campus universitaires visait aussi à favoriser et à faciliter l'élaboration et la mise en place des politiques du campus, et la diffusion des ressources imprimées, des brochures imprimées du campus, et la diffusion des ressources imprimées, des brochures et des articles de presse. Les objectifs de la campagne visait à perturber l'industrie du tabac et à promouvoir les programmes et les services de l'initiative Cheminier sans fumeur. Ce programme utilise des multimédias, y compris la radio et les annonces de presse dans les journaux. Le projet donne lieu à un recrutement accru.

La recherche a montré que pour la période allant de janvier à décembre 2003, 54 % des étudiants ont spontanément identifié l'initiative Cheminier sans fumeur comme une source de soutien dans le renoncement au tabac. En effet, cette initiative a permis de sensibiliser 54 000 étudiants de l'université à temps plein parmi 84 000, et 16 500 étudiants du collégial; puis à l'aide d'une mesure de prévalence de sept jours. Le nombre moyen de cigaretttes fumées sur le campus pendant une même semaine est passé de 52,2 au départ à 36,4 lors du suivi de trois mois, toutes les interrogations entraînant des réductions équivalentes.

Nouveau-Brunswick continue de réaliser des progrès alors qu'il constitue un groupe de travail sur l'abandon du tabac de la Coalition antitabac active de tous les partenaires. L'abandon du tabac de la province, y compris la participation réseau durable et intégrée à l'échelle de la province, y compris la participation

En première ligne

Bien que le projet soit surtout axé sur le renoncement du tabac chez les jeunes adultes, des efforts auprès des administrateurs des campus universitaires visait aussi à favoriser et à faciliter l'élaboration et la mise en place des politiques du campus, et la diffusion des ressources imprimées, des brochures et des articles de presse. Les objectifs de la campagne visait à perturber l'industrie du tabac et à promouvoir les programmes et les services de l'initiative Cheminier sans fumeur. Ce programme utilise des multimédias, y compris la radio et les annonces de presse dans les journaux. Le projet donne lieu à un recrutement accru.

La portée et la nature de l'usage du tabac chez les étudiants de l'Ontario démontre que la portée étendue de la campagne de communication du souhaitable que la campagne visait à créer et à étendre les lieux sans fumeur. Il est visiblement aussi à la fois une source de soutien dans le renoncement au tabac. En effet, cette initiative a permis de sensibiliser 54 000 étudiants de l'université à temps plein parmi 84 000, et 16 500 étudiants du collégial; puis à l'aide d'une mesure de prévalence de sept jours. Le nombre moyen de cigarettées fumées sur le campus pendant une même semaine est passé de 52,2 au départ à 36,4 lors du suivi de trois mois, toutes les interrogations entraînant des réductions équivalentes.

(qui seraient exemptes de l'interdiction prévue dans la Loi sur la protection de la santé des non-fumeurs lorsqu'e le tabac est utilisé à des fins de pratiques ou de cérémonies autochtones spirituelles traditionnelles). Le projet de loi a été adopté à l'Assemblée législative du Manitoba le 10 juin; la Loi sur la protection de la santé des non-fumeurs est entrée en vigueur le 1^{er} octobre 2004.)

Politique et législation

L'orientation stratégique des politiques et de la législation de la Stratégie nationale vise à assurer la coordination de la politique sur le tabac et la mise en œuvre de la législation et des politiques publiques et de la lutte contre les tabacs et l'offre de tabac aux jeunes et à renforcer tout message n'approprié sous forme de produit du tabac.

Au registre

Le 1^{er} mai 2004 la Commission des accidents du travail des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut a adopté de nouveaux règlements sur la fumée de tabac ambiant en vertu de deux Lois sur la sécurité. Les millieux de travail qui sont aussi des résidences privées, telles que des chambres d'hôtel, des résidences pour personnes âgées et des unités d'habitation à l'intérieur d'un établissement devront être conformes au plus tard le 3 mai 2004. La mise en œuvre comprend une séquence d'activités ordinées, tant aux employés qu'aux détenus. Ainsi, le tabac sera interdit de cette initiative, le tabac y compris des programmes éducatifs et des programmes sur l'abandon du tabac ainsi que l'aide pharmacologique à court terme. De l'aide à faire partie de l'interdiction de la fumée dans un lieu public pour empêcher certains milieux de tabac dans les lieux publics et de garder les adultes de la province. Les deux lois visent à empêcher les enfants de fumer dans les établissements de santé et de services sociaux et de protéger les personnes âgées et les personnes handicapées dans les établissements de soins de longue durée. Les deux lois visent également à empêcher les enfants de fumer dans les établissements de soins de longue durée et de protéger les personnes handicapées dans les établissements de soins de longue durée.

En janvier 2004 le ministre de la Justice du Terre-Neuve et du Labrador a annoncé un plan visant à mettre en place des millieux sans fumée dans les établissements de santé et de services sociaux et de protéger les personnes handicapées dans les établissements de soins de longue durée. Les deux lois visent à empêcher les enfants de fumer dans les établissements de soins de longue durée et de protéger les personnes handicapées dans les établissements de soins de longue durée. Les deux lois visent également à empêcher les enfants de fumer dans les établissements de soins de longue durée et de protéger les personnes handicapées dans les établissements de soins de longue durée.

Le 2 mars 2004 au Manitoba, le ministre délégué à la Vie saine a déposé le projet de loi 21 à l'Assemblée législative. Le projet de loi 21, qui deviendrait la plus vaste interdiction de fumer au Canada au moment de son entrée en vigueur, prévoit l'interdiction de fumer dans les lieux publics et les lieux de travail intérieurs fermés qui relèveront clairement du gouvernement, et de travailler avec la Newfoundland and Labrador Lung Association et la John Howard Society.

La Division des services correctionnels et communautaires de l'administration publique a été créée en 2004. La division des services correctionnels et communautaires gère le programme, et le ministre de la Justice aide à l'administration, en tant qu'administrateur avec la Newfoundland and Labrador Lung Association et la John Howard Society.

Le 2 mars 2004 au Manitoba, le ministre délégué à la Vie saine a déposé le projet de loi 21 à l'Assemblée législative. Le projet de loi 21, qui deviendrait la plus vaste interdiction de fumer au Canada au moment de son entrée en vigueur, prévoit l'interdiction de fumer dans les lieux publics et les lieux de travail intérieurs fermés qui relèveront clairement du gouvernement, et de travailler avec la Newfoundland and Labrador Lung Association et la John Howard Society.

En ce qui concerne l'impact des diverses stratégies et politiques (taxes, campagnes médiatiques de masse, campagnes sur l'abandon, réglementations, etc.), l'évaluation et l'analyse s'avèrent encore difficiles. Dans certains cas, comme la politique fiscale, le changement est instantané, étant donné que les fluxs réagissent dès que le prix augmente ou diminue. Les ventes servent de mesure pour évaluer cette stratégie, et un minimum de trois mois est nécessaire pour en connaître l'impact.

Dans d'autres cas, par exemple dans le cas des campagnes sur l'abandon ou des campagnes médiatiques de masse, le nombre de fluxes et l'impact des campagnes servent de mesure. Nous utilisons souvent le rappel des campagnes et la volonté de cesser de flimer pour mesurer le succès. Bien que ces mesures puissent être évaluées à l'intérieur de quelques semaines suivant la fin d'une campagne, elles ne sont pas des mesures tout à fait exactes du comportement réel. Des mesures de comportement plus justes sont fondées sur des éléments tels que la prévalence du tabagisme et le nombre de tentatives pour abandonner le tabac. En outre, ces mesures sont habituellement effectuées longtemps après la fin des campagnes sur l'abandon ou les campagnes médiatiques de masse (un ou deux ans), alors qu'il est difficile de déterminer si les campagnes ont eu un effet direct ou indirect.

Le fait que les interventions se effectuent en groupes porte également à confusion. Les taxes sont parfois augmentées parallèlement à l'introduction d'une nouvelle réglementation et d'une nouvelle campagne sur l'abandon. Le résultat final entraînera peut-être une diminution du nombre de fluxes, habituelle-ment qu'elles années après les interventions, alors qu'il est probablement impossible de déterminer l'intervention ou la combinaison d'interventions ayant contribué à cette diminution et dans quelle mesure.

Qu'est-ce que les questions plus vastes

Abandon

En ce qui concerne l'abandon, l'ESUTC indique qu'il y avait en 2002, environ 700 000 fumeurs de moins qu'en 1999. Ces chiffres sont être interprétés avec prudence, car les fumeurs et les anciens fumeurs changent régulièrement leurs habitudes de fumer.

Les donnees de l'ESUTC nous permettent de constater un peu mieux les motifs qui incitent les personnes à abandonner le tabac. Lorsque l'on demande aux fumeurs, « que faut-il pour arrêter de fumer? », 34 % répondent, « plus de volonté ». Tout un constat au 4 % de personnes ayant répondu « plus de programmes d'abandon du tabac / de remplacement de la cigarette efficaces / abordables », et au 6 % de personnes ayant répondu « l'augmentation des prix / cigarettes moins abordables ».

Cela a été confirmé lors d'une enquête récente auprès de 300 personnes ayant abandonné le tabac. En effet, seulement 10 % d'entre elles ont spontanément abandonné le tabac. Mais les données présentent plusieurs lacunes concernant la sensibilité, l'information non reçue illicite ou n'ayant aucunne importance statistique. Par exemple, si une personne met en place un programme de subventions pour les thérapies de remplacement de la nicotine, aucune enquête actuelle ne recueille les données nécessaires à l'évaluation de cette initiative. En effet, l'ESUTC indique que seulement deux provinces ont des études indiquant d'importantes diminutions des taux de prévalence chez les adultes. En conséquence, même les stratégies provinciales ne peuvent être évaluées à l'aide de l'ESUTC à ce jour.

Dans le but d'alléger les nombreuses difficultés inhérentes à l'évaluation comparant l'élasticité de la demande par rapport au prix, il est proposé, dans la mesure du possible, d'évaluer les initiatives au plus faible niveau à ses objectifs et à l'intérêt du groupe cible.

Qu'est-ce qu'une analyse

Le taux de prévalence n'a pas changé de 2,2 points de pourcentage (de 25 % à 24,5 %). Mais que l'écart entre la prévalence du début et de la fin est de 2,2 % à 23 %, croire qu'une augmentation de 10 % du prix entraînera une diminution de 2,1 % chez les fumeurs de 15 ans et plus. Cela indique que le taux de prévalence est à la fois à la réduction du nombre de cigarettes fumées par les fumeurs restants et à la réduction du nombre de fumeurs. Les dommages laissés de 10 % du prix, les ventes diminuent de 2,2 %. La diminution dans les ventes des denrées laissent croire que, à l'échelle nationale, pour chaque augmentation

Ventes

l'échelle provinciale. L'élasticité de la participation par rapport au prix n'a pas été évaluée à de près de 1,6. L'élasticité provinciale soit à variables fixes, l'analyse de la participation par rapport au prix était de -0,27. Etant donné que les taux de vente statistique. En ce qui touche les jeunes de 15 à 19 ans, l'élasticité de diminution est de 2,1 % (six points de pourcentage) et significative du point de prévalence outre chuté, passant de 28 % en 1999 à 22 % en 2002. Cette pour ce qui est des personnes de 15 à 19 ans, à l'échelle nationale les taux de commençant pas à flamber en raison de l'augmentation du prix.

L'élasticité de la demande par rapport au prix pour chacun des groupes était de -0,21 (Canada), -0,25 (NB), et -0,29 (Sask.). Encore là, l'élasticité de la participation par rapport au prix est touchée par les personnes qui abandonnent en raison du prix, celles qui abandonnent pour d'autres raisons et celles qui abandonnent pour d'autres raisons qui ont choisi de l'augmentation du prix.

L'élasticité de la demande par rapport au prix (le rapport de suréillance de prévalence entre 1999 et 2002 était important du point de vue statistique à annuelles chez la population de 15 ans et plus indiquait que l'écart des taux et 2002 tant sur une base annuelle que semestrielle. L'analyse des données tablées et continues sur l'usage du tabac et les enjeux connexes entre 1999 de l'usage du tabac au Canada (ESUTC) a fourni des données opportunes, L'analyse des taux de prévalence a été le problème majeur. L'analyse de suréillance de prévalence entre 1999 et 2002 était important du point de vue statistique à annuelles chez la population de 15 ans et plus indiquait que l'écart des taux et 2002 tant sur une base annuelle que semestrielle. L'analyse des données tablées et continues sur l'usage du tabac et les enjeux connexes entre 1999 de l'usage du tabac au Canada (ESUTC) a fourni des données opportunes,

Prévalence

L'élasticité de la demande par rapport au prix (le rapport du changement des pourcentages des ventes divisé par le pourcentage du prix, entre deux périodes données) à l'échelle nationale était de -0,22, avec une marge allant de -0,16 (Ontario) et de -0,32 (Québec). On doit se rappeler que l'élasticité de la participation par rapport au prix est touchée par les personnes qui abandonnent en raison du prix et celles qui abandonnent pour d'autres raisons [ce sujet sera débattu plus loin].

Les décès liés au tabagisme

Cette différence entre les sexes par rapport aux décès liés au tabagisme reflète le comportement de la population en matière de tabagisme deux ou trois décennies plus tôt. L'effet de la diminution de la consommation du tabac chez les hommes, à comparer du début des années 1960, est reflété par un ralentissement vers le milieu des années 1980, puis d'une diminution de décès liés au tabagisme. En revanche, les taux de tabagisme chez les femmes ont atteint un point culminant dans le taux de décès liés au tabagisme.

En 1998, les maladies cardiovasculaires sont maintenant les principales causes de décès liés au tabagisme. Les décès liés au tabagisme ont atteint un point culminant à la fin des années 1970 et ont affiché une diminution plutôt rapide au cours des dernières décennies. Les taux de mortalité liés au cancer du poumon chez les femmes ont plus que quadruplé entre 1969 et 1998, et sont presque augmenter au cours des prochaines années avant de diminuer.

Le déclin important du taux de tabagisme au cours des 40 dernières années sera bien sûr reflété dans le taux de décès liés au tabagisme. Bien que le taux de mortalité liée au tabagisme chez les hommes ait déjà atteint un point culminant (1888-1989), le taux chez les femmes continue probablement de grimper, mais beaucoup plus lentement. De plus, le taux de cancer des poumons chez les femmes est prévu atteindre un point culminant moins élevé que celui des hommes. La mise en œuvre des mesures de lutte contre le tabagisme au cours des années 1970, 1980 et 1990 est l'un des facteurs les plus susceptibles d'avoir entraîné cette tendance.

En 2003, afin de déterminer l'impact des changements de prix sur la consommation du tabac et la prévalence du tabagisme, Santé Canada a recueilli et analysé des données pertinentes (y compris les ventes mensuelles, les taux de prévalence annuels énergétiques, les médicaments de prix du tabac, les donnes sur la surveillance, etc.) provenant de partout au Canada pour la période allant de janvier 1999 à décembre 2002.

Elasticité des prix

Entre janvier 1999 et décembre 2002, le prix moyen des produits du tabac a augmenté de 75 % à l'échelle nationale. À l'échelle provinciale, l'augmentation des prix allait de 35 % à Terre-Neuve, à 85 % en Ontario. Pendant la même période, le commerce de gros annuel des cigarettes a diminué de 16 % à 27 % (Québec).

Bien que l'usage du tabac accorde à la santé des conséquences semblables pour les hommes et les femmes, il existe néanmoins quelques différences entre les deux sexes. Les hommes qui fument régulièrement sont plus susceptibles aux maladies cardiaques alors qu'elles sont moins susceptibles aux cancers, les hommes qui fument régulièrement sont plus susceptibles aux maladies cardiaques alors qu'elles sont moins susceptibles aux maladies cardiaques et peuvent être atteints de dysfonctionnement sexuel. Les hommes qui fument régulièrement sont plus susceptibles aux maladies cardiaques et peuvent être atteints de dysfonctionnement sexuel. Les hommes qui fument régulièrement sont plus susceptibles aux maladies cardiaques et peuvent être atteints de dysfonctionnement sexuel.

Les conséquences du tabagisme pour la santé

Le taux de la diminution du taux est probablement attribuable à deux phénomènes : (1) Les hommes commencent généralement à fumer avant l'âge de 18 ans. De 1965 à 2003, le taux chez les hommes est passé de 61 % à 23 %, par opposition à celui des femmes qui est passé de 38 % à 18 % pour la même période.

A travers l'histoire, le taux de tabagisme a été plus élevé chez les hommes qu'il ne l'a été chez les femmes. Cependant, au cours des dernières décennies, la diminution de la prévalence du tabagisme a été plus importante chez les hommes. De 1965 à 2003, le point culminant éventuel chez les hommes, et par conséquent, abandonnant le tabac rapidement pour la santé, a été atteint dans les années 1990.

Tendances relatives à la prévalence du tabagisme

L'approcche relative aux déterminants de la santé fournit un cadre utile pour l'examen de l'usage du tabac. Les déterminants de la santé (les facteurs qui influent sur l'usage du tabac) sont des facteurs de genre, d'âge, de sexe (les différences biologiques entre les hommes et les femmes) qui comporternent socialement des hommes et des femmes et la relation entre eux). L'ensemble des caractéristiques culturelles particulières qui identifient les femmes, les experts en lutte au tabagisme examinent les facteurs de genre continues des tendances relatives à la santé au Canada entre les hommes et les femmes) compris : le revenu et l'état social, le genre, la culture, l'éducation, les traits biologiques et génétiques. À la lumière des anomalies personnes) concernant : le revenu et l'état social, le genre, la culture, l'interagissent de façon complexe et qui ont une incidence sur la santé des personnes) compris : le revenu et l'état social, le genre, la culture,

Usage du tabac, déterminants de la santé et anomalies de la santé

Consommation de cigarettes

Le nombre de fumeurs canadiens, tout comme le nombre de cigarettes consommées quotidiennement, a diminué. En 1985, les fumeurs quotidiens consommaient en moyenne 20,6 cigarettes par jour. Depuis, le nombre de cigarettes fumées a diminué de façon progressive pour atteindre 15,9 cigarettes par jour en 2003. Les hommes fument toujours davantage de cigarettes que les femmes. La pluspart des fumeurs canadiens (58 %) ont indiqué consommer certains types de cigarettes dites « légères » ou « douces », comparativement à 42 % pour les cigarettes « régulières ».



Figure 6 Nombre moyen de cigarettes fumées par jour par les fumeurs quotidiens canadiens âgés de 15 ans ou plus, 1985-2003*

Sources : Enquête sur la promotion de la santé, 1985 et 1990; Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997; Enquête de surveillance du tabac au Canada (annuelle), 1999-2003.

*En excluant les fumeuses qui n'ont pas fumé au cours des dernières 12 semaines.

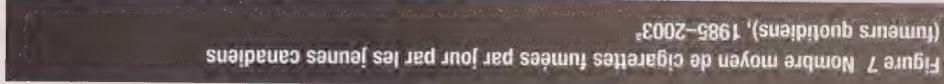


Figure 7 Nombre moyen de cigarettes fumées par jour par les jeunes canadiens (15 à 24 ans), 1985-2003*

Sources : Enquête sur la promotion de la santé, 1985 et 1990; Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997; Enquête de surveillance du tabac au Canada (annuelle), 1999-2003.

*En excluant les fumeurs qui n'ont pas fumé au cours des dernières 12 semaines.



Figure 8 Nombre moyen de cigarettes fumées par jour par les fumeurs quotidiens seulslement, 1985-2003*

Sources : Enquête sur la promotion de la santé, 1985 et 1990; Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997; Enquête de surveillance du tabac au Canada (annuelle), 1999-2003.

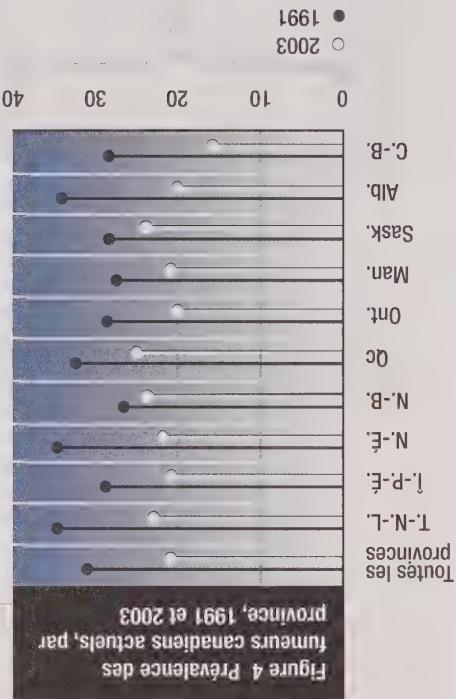
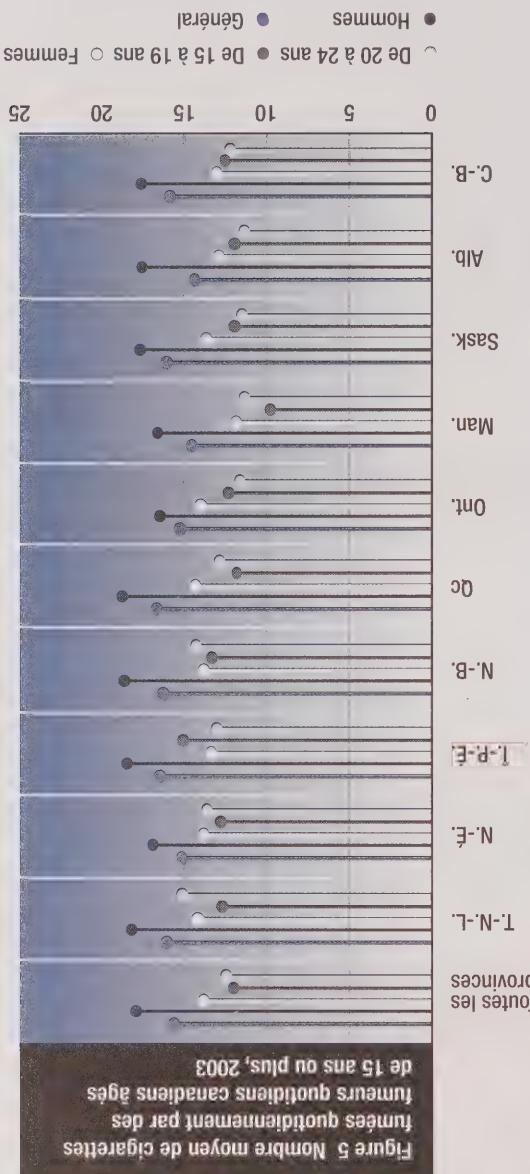
*En excluant les fumeurs qui n'ont pas fumé au cours des dernières 12 semaines.

Suivi des indicateurs clés

Source : Enquête de surveillance sur l'usage du tabac au Canada (annuelle), 2003.

Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (annuelle), 2003.
Sources : Enquête sociale générale, 1991;

Enquête de surveillance sur l'usage du tabac au Canada (annuelle), 2003.

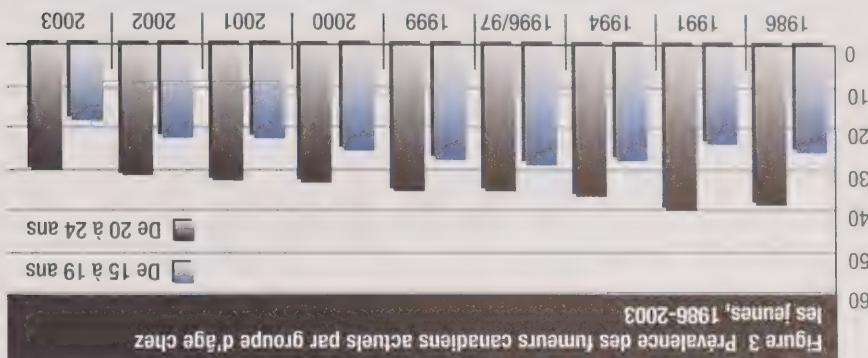


Dépuis 1999, toutes les provinces ont vu leur taux de tabagisme diminuer. En 2003, la Colombie-Britannique est demeurée la province où le taux d'usage du tabac (16 %) était le plus faible, alors que le Québec accusait le taux d'usage consommées par jour par les fumeurs quotidiens est le plus élevé (16,8%). alors que le nombre de plus faible a été enregistré au Manitoba (14,6).

Le taux de pré-
vention dans le
général, les
entre les hom-
mes qui repêchent
(31%). Peu d'
entre les hommes
de plus de 24 ans état d'
plus élevée.

Le taux de prévalence du tabagisme chez les jeunes adultes âgés de 20 à 24 ans était de 30 % pour 2003 (quotidiens [21 %] et occasionnels [9 %]),

l'usage du tabac au Canada (annuelle), 1999-2003.



La base du tabagisme chez les jeunes de 15 à 19 ans est pourtant en 2003 tout atteindre 18%; 12% des répondants ont mentionné être des fumeurs quotidiens et 7% des fumeurs occasionnels. Ce taux marquait une baisse par rapport au 22% noté en 2002 et représente une amélioration de 10 points de pourcentage par rapport au taux de 28% enregistré en 1999, lors de la campagne de prévention du premier sondage de l'ESUIC. Un peu plus de filles que des garçons ont déclaré être des fumeuses (20% par rapport à 17%). Toutefois, chez les fumeurs quotidiens, les garçons fument légèrement plus de cigarettes par jour (13,0) que les filles (11,7).

Le débat public sur la population et l'environnement au Canada (annexe 1), 1999-2003.



que chez les femmes (18%).

Environ 23 % des hommes étaient des fumeurs, une proportion plus élevée

Sous-titres : Supplément sur la population canadienne, 1996; Enquête sociale générale, 1991; Enquête sur le tabagisme au Canada, 1994; Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997; Enquête sur l'utilisation du tabac au Canada (annuelle) 1999-2003.

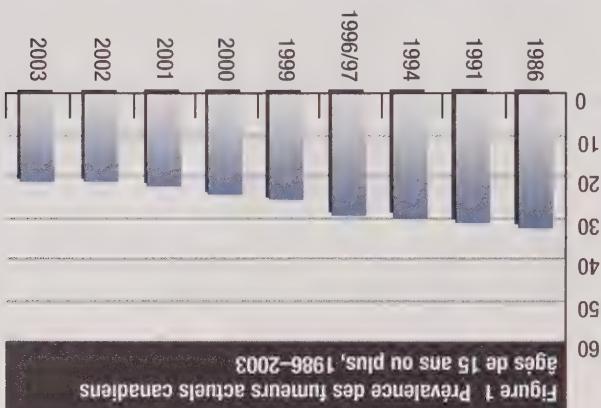


Figure 1 Prévalence des fumeurs actuels canadiens

Selon les dernières résultats de l'enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC) relatives aux dommages reçus illicites entre février et décembre 2003, plus de cinq millions de personnes représentant environ 21 % de la population âgée de 15 ans et plus étaient des fumeurs. De la population générale de 15 ans et plus, 17 % fumaient quotidiennement.

La prévalence du tabagisme au Canada

Lexigence selon laquelle le présent rapport simpleifie doit comprendre un seul point par intervention de la Stratégie nationale laisse croire que ces données seront présentées plus à fond dans le rapport détaillé de l'an prochain. Néanmoins, par sa mise en valeur d'exemples d'activités liées aux diverses journées de la Stratégie, le Rapport 2004 vise à illustrer la gamme d'initiatives nécessaires pour lutter efficacement contre le tabagisme; à montrer la diversité des programmes mis en application dans le contexte de ces initiatives; et à souligner combien les aspects communs et complémentaires, inhérents à une stratégie nationale multipartite, contribuent à l'efficacité de ces efforts pour arrêter à l'usage du tabac, qui a continulement rebondi lorsqu'il a été mis en place.

Enfin, le présent Rapport vise à illustrer les exigences relatives à une réponse durable par rapport à l'usage du tabac, qui a continulement rebondi lorsqu'il a été mis en place.

Le présent Rapport vise à illustrer les exigences relatives à une réponse attendue de la dynamique de la lutte contre le tabagisme au Canada, et à refléchir à la formidable possibilité de réduire le taux de moralité et à malades attribuables au tabagisme, une possibilité qui se réalise actuelle-ment — et qui se réalisera à l'avenir — en vertu de la stratégie Nouvelles orientations pour le contrôle du tabac au Canada : une stratégie nationale.

Resume

Sommaire	1
Resumé	1
Suivi des indicateurs clés	3
Prévalence du tabagisme au Canada	3
Consommation du tabac au Canada	6
Usage du tabac, déterminants de la santé et anomalies de la santé	7
Comparaison d'une politique : élasticité des prix, fumée secondaire et programme relative à l'abandon du tabac	8
Politique et législation	13
Abandon, média de masse et éducation du public	14
Premières nations, Inuits et Métis	16
Responsabilité de l'industrie et contrôle des produits	17
Recherche, projets pilotes, évaluation et suivi	18
Création et soutien des moyens d'action	20
Conclusion	22

La littérature contre le tabagisme au Canada est stable. L'ensemble des taux de prévalence relatives à l'usage du tabac au Canada en 2003 démontre une augmentation relative de 21 % (le niveau en 2002). Cela en soi est encourageant; cependant un examen plus minutieux révèle des changements positifs quant à l'usage du tabac à plusieurs niveaux. Le présent document en concurrence avec l'usage du tabac à plusieurs niveaux. Le présent document annonne la bonne nouvelle.

Selon les dernières résultats de l'enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC), en vertu des données recueillies entre février et décembre 2003, plus de cinq millions de personnes, représentant environ 21 % de la population de 15 ans et plus, étaient des fumeurs. De la population générale de 15 ans et plus, 17 % fumaient quotidiennement. Ces statistiques sont pour atteindre 18 %, dont 12 % fumaient quotidiennement et 7 % fumaient occasionnellement. Cela est une décroissance par rapport au taux de 22 % en 2002 et représente une amélioration de 10 points de pourcentage par rapport au taux de 28 % en 1999, alors que la première ESUTC a été effectuée.

En outre, un plus grand nombre de Canadiens croient que le tabagisme devrait être interdit dans les restaurants et les bars. En 2003, la moitié (50 %) de tous les Canadiens et restaurateurs ayant exprimé leur opinion étaient d'avis que le tabagisme devrait être entièrement interdit dans les restaurants. Ces pourcentages ont supérieur à celui de 44 % en 2002. Bien qu'il y a donc bien des raisons de célébrer, et à la fois très peu de raisons de jouter contre le tabagisme se concrète, et la Stratégie nationale du Canada simple — mais c'est une démarche raisonnablae. La possibilité de réussir à se détenir. La littérature contre le tabagisme au Canada n'est pas une démarche simple contre le tabagisme se concrète, et la Stratégie nationale du Canada est concrue de façon à veiller à ce que cette réussite se maintienne.

ISBN 0-662-68641-1

Cat. H46-2/04-385

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, 2005

en gros caractères, sur bande sonore ou en braille.
On peut obtenir, sur demande, la présente publication sur disquette,

Tobacco Control
The National Strategy: Moving Forward, The 2004 Progress Report on
Also available in English under the title

ministère de la Santé
Publication autorisée par le

de la santé, en collaboration avec des organisations non gouvernementales.
fédéral, provincial et territorial sur la santé de la population et la protection

Le Groupe de travail sur la lutte contre le tabagisme du Comité consultatif

Prépare par la communauté canadienne de la lutte contre le tabagisme :

Santé Canada
à maintenir et à améliorer leur état de santé.
Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes

2004

Aller vers l'avant

Rapport d'étape 2004 sur la
lutte contre le tabagisme

La Stratégie nationale :

2004

Aller vers l'avant
Rapport d'etape 2004 sur la
lutte contre le tabagisme

La Stratégie nationale :